

Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!

*mogelijkheden van community-based preventie
van hart- en vaatziekten in Nederland*

Rijksuniversiteit Groningen

Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!

mogelijkheden van community-based preventie
van hart- en vaatziekten in Nederland

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de
Medische Wetenschappen
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus, dr. F. Zwarts,
in het openbaar te verdedigen op
woensdag 19 januari 2005
om 16.15 uur

door

Martin de Vries

geboren op 27 oktober 1961
te Amsterdam

Promotores	Prof. Dr. D. Post Prof. Dr. J.W. Groothoff
Copromotir	Dr. J.P. van Dijk
Beoordelingscommissie	Prof. Dr. H.F.L. Garretsen Prof. Dr. S.A. Reijneveld Prof. Dr. F. Zijlstra

ISBN 907711324X

Het verschijnen van dit proefschrift werd mede mogelijk gemaakt door steun van GGD Nederland.

Het onderzoek dat aan dit proefschrift ten grondslag ligt, is mogelijk gemaakt door subsidie van:

- het Ministerie van WVC (nu VWS);
- de Programmacommissie Determinanten van Gezondheid (Ministerie van WVC nu WVS);
- Nederlandse Hartstichting (NHS-42.017);
- het Preventiefonds (nu ZONMW);
- deelnemende gemeenten.

Ontwerp omslag: www.schrik.nu

Inhoud

1	Inleiding	1
1.1	<i>Openbare gezondheidszorg en collectieve preventie</i>	1
1.2	<i>Vraagstelling van het evaluatieonderzoek</i>	3
1.2.1	Vraagstellingen procesevaluatie	4
1.2.2	Vraagstellingen effectevaluatie	4
1.3	<i>Indeling van het proefschrift</i>	5
2	Het vóórkomen van hart- en vaatziekten: aanleiding tot het project	7
2.1	<i>Hart- en vaatziekten</i>	7
2.2.1	Kenmerken van hart- en vaatziekten	8
2.3	<i>Oorzaken van hart- en vaatziekten</i>	9
2.3.1	Risicofactoren voor hart- en vaatziekten	9
2.3	<i>Hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe</i>	13
2.3.1	Inleiding	13
2.3.2	Sterfte en ziekte als gevolg van hart- en vaatziekten: 1983 - 1989	14
2.3.3	Sterfte en ziekte als gevolg van hart- en vaatziekten: 1985 - 1995	15
2.3.3	Leefstijl en overige achtergrondgegevens van Zuidoost-Drenthe: 1991	16
3	Het voorkómen van hart- en vaatziekten: community-based interventie	19
3.1	<i>Ontwikkelingen in preventie</i>	19
3.1.1	Internationaal	20
3.1.2	Nederland	22
3.2	<i>Theorieën voor gedragsverandering</i>	24
3.2.1	Theorieën voor verandering op individueel niveau	24
3.2.2	Theorieën voor verandering op community niveau	27
3.2.3	Planningsmodel voor community-programma's; het 10-fasenmodel	28
3.3	<i>Community-benadering</i>	31
3.3.1	Theoretische achtergrond community-benadering	31
3.3.3	Nederlandse community-based preventieprojecten	39
3.3.4	Verwachtingen van community-based preventieprojecten	40
3.4	<i>Slot</i>	42

4	Opzet en uitvoering van het project Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!	43
4.1	<i>Doelstelling van het preventieproject</i>	43
4.1.1	Eerste doelstelling	43
4.1.2	Tweede doelstelling	46
4.2	<i>Doelgroep</i>	47
4.3	<i>Voorbereidingen</i>	48
4.4	<i>Fasering van het project</i>	48
4.5	<i>Werkwijze en programma</i>	50
4.5.1	Eerste projectperiode	50
4.5.2	Tweede projectperiode	52
4.5.3	Derde projectperiode	53
4.6	<i>Gemeentelijke projectgroepen</i>	54
4.6.1	Kenmerken van de gemeentelijke projectgroepen	54
4.6.2	Invloed van de gemeentelijke herindeling	57
5	Opzet evaluatie	59
5.1	<i>Ontwerp evaluatie</i>	59
5.2	<i>Procesevaluatie</i>	61
5.3	<i>Effectevaluatie</i>	62
5.3.1	Methode	62
5.3.2	Longitudinaal onderzoek	64
5.3.3	Cross-sectioneel onderzoek	65
5.3.4	Vragenlijsten	66
5.3.5	Berekening effectmaat	66
5.3.6	Statistiek, schalen, weging	67
6	Procesevaluatie: ervaringen met het project	69
6.1	<i>Intersectorale samenwerking op regionaal niveau</i>	69
6.1.1	Materiaal en methode	70
6.1.2	Resultaten	71
6.1.3	Conclusie en discussie	72
6.2	<i>Gemeentelijke projectgroepen</i>	74
6.2.1	Materiaal en methode	74
6.2.2	Resultaten	77
6.2.3	Conclusie en discussie	93
6.3	<i>Evaluatie werkboek HART aan de Slag!</i>	95
6.3.1	Methode	95

6.3.2 Resultaten	95
6.4 <i>Overzicht activiteiten van GGD en gemeentelijke projectgroepen</i>	96
6.4.1 Door GGD uitgevoerde activiteiten	96
6.4.2 Door gemeentelijke projectgroepen uitgevoerde activiteiten	97
6.5 <i>Eindgesprekken met gemeenteambtenaren en GGD</i>	98
6.5.1 Werkwijze	98
6.5.2 Eindgesprekken met gemeenteambtenaren	99
6.5.3 Eindgesprek met GGD management	102
6.6 <i>Het gezondheidspaspoort</i>	104
6.6.1 Materiaal en methode	104
6.6.2 Resultaten	106
6.6.3 Conclusie en discussie	107
6.7 <i>Een supermarktvorlichtingsproject: Minder vet HARTstikke Goed!</i>	109
6.7.1 Materiaal en methode	109
6.7.2 Resultaten	110
6.7.3 Conclusie en discussie	112
6.8 <i>Manifestaties</i>	114
6.8.1 Resultaten	114
6.8.2 Conclusie en discussie	116
7 Effectevaluatie: effecten van het project	119
7.1 <i>Resultaten longitudinaal onderzoek</i>	119
7.1.1 Respons	119
7.1.2 Bekendheid van het project	121
7.1.3 Aandacht	122
7.1.4 Begrip	123
7.1.5 Attitude	125
7.1.6 Intentie	126
7.1.7 Gedragsverandering	126
7.1.8 Gedragsbehoud	127
7.1.9 Berekening effectiviteit van het project	130
7.2 <i>Resultaten cross-sectioneel onderzoek; onafhankelijke groepen 1991 en 1998</i>	131
7.2.1 Respons	131
7.2.2 Bekendheid van het project	132
7.2.3 Begrip	133
7.2.4 Attitude	134
7.2.5 Intentie	134
7.2.6 Gedragsverandering	135
7.2.7 Gedragsbehoud	136
7.2.8 Berekening effectiviteit van het project	138

7.3 <i>Conclusie en discussie effectevaluatie</i>	139
7.3.1 Algemeen	139
7.3.2 Bekendheid van het project	140
7.3.3 Stappen tot gedragsverandering	141
7.3.4 Berekening effectmaat preventieproject	144
7.3.5 Algemene opmerkingen bij de effectevaluatie	144
7.4 <i>Slot</i>	146
8 Beschouwing	147
8.1 <i>Procesevaluatie: ervaring met de uitvoering van het project</i>	148
8.1.1 Project zonder eensluitend voorbeeld	148
8.1.2 Kenmerken uitvoering	153
8.2 <i>Effecten van lokale community-based initiatieven</i>	159
8.2.1 Effecten op het proces van gedragsverandering	159
8.2.2 Verklaring van de effecten	161
8.3 <i>Evalueren van community-based interventies</i>	164
8.3.1 Aanpak van evaluatieonderzoek	164
8.3.2 Aanpak in Zuidoost-Drenthe	166
8.3.3 Toekomstige aanpak	166
8.4 <i>Het gebruik van community-based projecten bij collectieve preventie</i>	169
8.5 <i>Slot</i>	171
9 Aanbevelingen	173
9.1 <i>Toepassing van de community-based interventie bij preventie</i>	173
9.2 <i>Intersectorale gemeentelijke groepen</i>	174
9.3 <i>Samenhangend kader van lokaal en nationaal beleid</i>	174
9.4 <i>Evaluatie van community-based preventie</i>	175
9.4.1 Korte termijn: nieuw model voor evaluatie community-based interventie	175
9.4.2 Langere termijn: afstemming theorieën en ontwikkelen definitief plan voor evaluaties	176
Literatuur	177
Samenvatting	193
Summary	199

Nawoord	203
Bijlage 1	205
<i>Overzichtstabel community-based projecten</i>	205
Bijlage 2	206
Bijlage 2	207
<i>Community-based planningsmodel voor het werken met gemeentelijke projectgroepen</i>	207
Bijlage 3	215
<i>Publicaties in het kader van het project</i>	215
Tijdschriftartikelen	215
Boeken en boekbijdragen	215
Scripties en rapporten	216
Voordrachten en posters	217
Bijlage 4	219
<i>Northern Centre for Healthcare Research and previous dissertations</i>	219

1 Inleiding

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland. Uit onderzoek is gebleken dat in de regio Zuidoost-Drenthe een relatief hoge prevalentie van hart- en vaatziekten bestaat ten opzichte van de rest van het land. Dit was reden voor de GGD om gedurende acht jaar een preventieproject uit te voeren. In deze interventie werd gekozen voor de 'community-based' preventiestrategie. Aangezien met deze strategie nog weinig ervaring was opgedaan is een uitgebreid evaluatieonderzoek opgezet. In dit proefschrift worden de problematiek van de hart- en vaatziekten, de keuze voor de interventie, de opzet en uitvoering van de interventie en de resultaten van het evaluatieonderzoek beschreven. Op basis van de resultaten en de ervaring wordt ingegaan op de vraag of een community-based interventie effectief en succesvol kan worden toegepast. In dit hoofdstuk wordt eerst stilgestaan bij collectieve preventie. De taak en verantwoordelijkheid van gemeente en rijksoverheid wat betreft de collectieve preventie worden geschetst. Vervolgens wordt ingegaan op de vraagstelling van het onderzoek. Tot slot wordt de opbouw van het proefschrift toegelicht.

1.1 Openbare gezondheidszorg en collectieve preventie

Openbare gezondheidszorg is een specifiek onderdeel van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg is een algemeen begrip; alle handelingen om de gezondheid van een individu of een groep te verbeteren worden hiertoe gerekend. De openbare gezondheidszorg richt zich niet zozeer op individuele situaties, maar op collectieve en algemene omstandigheden waarin mensen leven. Omstandigheden die bijdragen aan ziekte, zoals ongezonde leefgewoonten en een ongezonde leef- en woonomgeving zijn onderwerp van aandacht. De openbare gezondheidszorg draagt daarmee bij aan het voorkómen dat mensen ziek worden. Een belangrijk doel van de openbare gezondheidszorg is collectieve preventie. Met collectieve preventie wordt gepoogd om bij zo veel mogelijk mensen een goede gezondheid te bewerkstelligen. Ofschoon er nog aanzienlijke gezondheidswinst te boeken valt met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag (VTV, 2002), is binnen het veld van de gezondheidszorg de openbare gezondheidszorg, en in het bijzonder de collectieve preventie, ondergewaardeerd. In het totaal van zorguitgaven is hiervoor ongeveer 2% beschikbaar.

De openbare gezondheidszorg is al sinds lange tijd een verantwoordelijkheid van de lokale en landelijke overheid. De taken van de rijksoverheid en de gemeentelijke overheid zijn geregeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) welke in 1990 van kracht is geworden. Uitgangspunt is dat beleid en uitvoering van activiteiten om de gezondheid te bevorderen en te beschermen dicht bij de burger moeten plaatsvinden, op basis van goede kennis over de

gezondheidssituatie op lokaal niveau (VWS, 2003). De rijksoverheid stelt zich op als facilitator en de gemeentelijke overheid is verantwoordelijk voor de uitvoering. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van collectieve preventie ligt daardoor dicht bij de lokaal verantwoordelijke bestuurders. Zodoende kan goed worden ingespeeld op de lokale situatie. De openbare gezondheidszorg wordt breed opgevat. Belangrijke doelen zijn onder meer de kwaliteit van leven, de gezonde levensverwachting en het voorkomen van vermijdbare sterfte. Over het algemeen draagt de gemeente zorg voor de regie van de uitvoering van collectieve preventie. De uitvoering wordt door verschillende organisaties ter hand genomen: bijvoorbeeld afdelingen van de gemeente zelf en organisaties zoals GGD, welzijnswerk, thuiszorg, GGZ.

Met het van kracht worden van de vernieuwde Wcpv per 2003 is bepaald dat iedere gemeente periodiek een 'Nota lokaal gezondheidsbeleid' moet vaststellen. In deze nota moet in ieder geval staan wat de plannen van de gemeente zijn wat betreft de uitvoering van de collectieve preventie. In de Wcpv is tevens bepaald dat iedere gemeente een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand moet houden met voldoende deskundigheid om de Wcpv-taken uit te voeren. De GGD is dan ook sinds jaar en dag de belangrijkste uitvoerder van de collectieve preventie. De Wcpv is niet expliciet wat betreft de precieze inhoud van de aan de gemeente opgelegde taken. In de praktijk is de inhoud en omvang van de uitgevoerde Wcpv-taken een resultante van de beleidskeuze van de gemeente, van de financiële ruimte bij de gemeente en de GGD, maar ook van de inzet en keuzes van de GGD of andere organisaties in de gemeente. In de gewijzigde Wcpv zijn de zogenoemde basistaken weliswaar meer expliciet benoemd, maar in de praktijk blijft er op tal van punten ruimte bestaan wat betreft de mate van uitvoering. De GGD voert reeds jarenlang preventie programma's uit, met wisselend succes. De afdeling gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) is betrokken bij de opzet en uitvoering van voorlichtingscampagnes, die gericht zijn op het verbeteren van kennis, gewoonten, gedrag en uiteindelijk bijdragen aan de verbetering van de gezondheid van de bevolking. Tegenwoordig wordt de functie GVO vaak gezondheidsbevordering genoemd.

De laatste jaren is de behoefte aan effectieve methoden, welke meetbare en zichtbare resultaten opleveren, toegenomen. Voorlichtingscampagnes en interventies op het terrein van de openbare gezondheidszorg en de collectieve preventie dienen 'evidence-based' te zijn, oftewel bewezen effectief. Op basis van deze bewezen resultaten kan bepaald worden welke interventie geschikt is om in te zetten zodat middelen efficiënt besteed worden. Bij het beoordelen van (nieuwe) interventies is evaluatieonderzoek een belangrijke bron van informatie, daarmee kan worden bepaald of de gewenste effecten behaald zijn en welke onderdelen goed of niet goed zijn uitgevoerd of toegepast. Evaluatie geeft daarmee inzicht in het proces en het effect van de interventie.

1.2 Vraagstelling van het evaluatieonderzoek

Dit proefschrift omvat een uitgebreide studie naar de opzet, uitvoering en resultaten van een interventie gericht op de bevordering van gezond gedrag in relatie tot hart- en vaatziekten. De interventie is gericht op het veranderen van kennis, houding en gedrag van de inwoners van de regio Zuidoost-Drenthe, teneinde hart- en vaatziekten te voorkomen. Voor de interventie werd een in 1991 relatief nieuwe methodiek gekozen, namelijk de 'community-based' werkwijze.

Het doel van het interventieproject is tweeledig. Ten eerste heeft het interventieproject tot doel:

om een gezonde leefstijl bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe te bevorderen teneinde een bijdrage te leveren aan een daling van de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten.

Het tweede doel van het interventieproject is:

de ontwikkeling van een community-based interventiemodel ter preventie van hart- en vaatziekten.

Om inzicht te krijgen in de uitvoerbaarheid en de effectiviteit van de in Zuidoost-Drenthe gehanteerde community-based preventiestrategie is een uitgebreid evaluatietraject opgezet. Het evaluatieonderzoek heeft tot doel om antwoord te krijgen op de vraag of het project geslaagd is om de geformuleerde doelstellingen van de community-based interventie te bereiken. De algemene vraagstelling voor het evaluatieonderzoek is als volgt:

is de gehanteerde community-benadering een geschikt middel om bij de bevolking gunstige gedragsveranderingen te bewerkstelligen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet zowel informatie worden verkregen over de processen die van belang zijn bij de uitvoering van het preventieprogramma als de effecten die met het programma worden bereikt. Het evaluatieonderzoek bestaat daarom uit twee delen, de proces- en de effectevaluatie. Hieronder worden de specifieke vraagstellingen van beide evaluaties beschreven.

1.2.1 Vraagstellingen procesevaluatie

De community-werkwijze in Zuidoost-Drenthe is voor een belangrijk deel vorm gegeven door gemeentelijke projectgroepen. De procesevaluatie richt zich op deze groepen. Concreet wordt op de volgende vragen ingegaan.

- 1a In hoeverre is een community-based preventieproject uitvoerbaar in de gemeenten?
- 1b Welke voorwaarden zijn hierbij van belang?
- 1c Welke knelpunten en problemen treden hierbij op?
- 2a Wat is de ervaring met de gemeentelijke projectgroepen?
- 2b Welke randvoorwaarden zijn hierbij van belang?
- 2c Is deze methodiek geschikt om voor kort- en/of langdurende voorlichtingsprojecten te worden ingezet?
- 3 Welke activiteiten werden gedurende het project uitgevoerd?
- 4a In hoeverre is een draagvlak gecreëerd onder de instanties in Zuidoost-Drenthe, voor de promotie van een gezonde leefstijl?
- 4b Heeft dit eventuele draagvlak een langdurig karakter of is het slechts van kortdurende aard?
- 5 Zijn er na afloop van het project gunstige veranderingen te zien in de (beleidsmatige) betrokkenheid van de gemeentelijke organisatie bij de hart- en vaatziektenproblematiek en in de aandacht voor volksgezondheid in het algemeen?

De vraagstellingen met betrekking tot de procesevaluatie hebben tot doel beter inzicht te krijgen in de positieve en negatieve aspecten van het project. Met deze kennis is het mogelijk dergelijke projecten in de toekomst effectiever uit te voeren. Tot op heden is in Nederland weinig ervaring opgedaan met het uitvoeren van de community-based werkwijze. Het betrekken van inwoners van de regio en het betrekken van partners van binnen en buiten de gezondheidszorg en vanuit de gemeente op grote schaal is voor de gezondheidszorg nog relatief nieuw. Het is daarnaast van belang kennis te vergaren over de implementatie van de activiteiten en de voortgang van het project na beëindiging van de subsidie.

1.2.2 Vraagstellingen effectevaluatie

Naast informatie over de uitvoering van het programma is het van belang te weten of de werkzaamheden hebben geleid tot de bedoelde veranderingen van de leefstijl

van de bevolking. Het onderzoek is gericht op de meetbare effecten wat betreft kennis, houding en gedrag. Dit is niet het uiteindelijke doel van de preventie zelf; preventie is gericht op vermindering van ziekte en sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten. Gezien de korte looptijd van het project en de verwachte tijd voordat er een meetbare verandering in ziekte en sterfte aan te tonen is, worden intermediaire uitkomstmaten gebruikt, namelijk kennis, houding en gedrag. Het effectonderzoek gaat daarom in op de volgende vragen.

- 1 Wat is de naamsbekendheid van en de aandacht voor het project?
- 2 In welke mate is de bevolking van Zuidoost-Drenthe bekend met de inhoud van de projectboodschap?
- 3 In hoeverre is de bevolking van Zuidoost-Drenthe bekend met de project(groep)activiteiten, of erbij betrokken geweest?
- 4a Is er sprake van een gunstige ontwikkeling bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe ten aanzien van kennis, houding en gedrag ten aanzien van risicofactoren voor hart- en vaatziekten?
- 4b Zo ja, welke zijn deze?
- 4c Zo ja, hebben de voorlichtingsactiviteiten van de gemeentelijke projectgroepen bijgedragen aan deze veranderingen?
- 5 Hoe verhouden eventuele gevonden veranderingen zich tot de duur van het interventieproject?

1.3 Indeling van het proefschrift

In de eerste hoofdstukken ligt de nadruk op de beschrijving van incidentie en prevalentie van hart- en vaatziekten. Hart- en vaatziekten vormen nog steeds een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland. Van alle sterfgevallen is 35% een gevolg van een hart- of vaatziekte en van de ziekenhuisopnamen vindt 18% plaats wegens hart- en vaatziekten (Nederlandse Hartstichting, 2002). Toen uit onderzoek in Zuidoost-Drenthe bleek dat de incidentie en prevalentie van hart- en vaatziekten in het geheel relatief veel hoger waren dan gemiddeld in Nederland (De Vos, 1991) was dit de aanleiding voor de GGD Zuidoost-Drenthe het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' te starten. Met de beschrijving van het vóórkomen van hart- en vaatziekten en de belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten wordt in hoofdstuk 2 de situatie geschetst waarin het plan voor het preventieproject is ontstaan.

In de daaropvolgende hoofdstukken komt de community-aanpak aan de orde; het op grote schaal betrekken van de community bij het voorkómen van hart- en

vaatziekten in Zuidoost-Drenthe. In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw is in Finland en Amerika uitgebreid ervaring opgedaan met de community-werkwijze. Uit evaluatiestudies van deze eerste projecten bleken goede resultaten. Mede gezien het feit dat in Nederland deze methode niet op grote schaal was uitgetoetst, waren dit redenen voor de GGD Zuidoost-Drenthe om het hart- en vaatziekten preventieproject op een community-based wijze op te zetten, in combinatie met een gedegen evaluatieonderzoek. Het project kende daarom twee doelen. Ten eerste was dat 'de bevordering van een gezonde leefstijl bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe teneinde een bijdrage te leveren aan een daling van de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten' en ten tweede was dat 'de ontwikkeling van een community-based interventiemodel ter preventie van hart- en vaatziekten'. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de achtergronden van preventie en op de kenmerken van de community-benadering. In hoofdstuk 4 worden de opzet, de werkwijze en het doel van het preventieproject in Zuidoost-Drenthe beschreven.

Het evaluatieonderzoek en de resultaten van de interventie komen in de hoofdstukken 5, 6 en 7 aan de orde.

Evaluatie van preventieprojecten is van wezenlijk belang. Het geeft informatie over de wijze waarop een preventieproject het best kan worden opgezet en uitgevoerd, zodat een doelmatige preventie kan worden bewerkstelligd. Vooral bij het uitproberen en ontwikkelen van nieuwe activiteiten en programma's zijn evaluatiegegevens van betekenis. Aangezien het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een toen voor Nederland relatief nieuwe aanpak kende, welke nog maar weinig onderzocht was, is een uitgebreid evaluatieonderzoek opgezet. Het evaluatieonderzoek bestaat uit twee onderdelen. In hoofdstuk 5 wordt de opzet van de proces- en de effectevaluatie geschetst. In hoofdstuk 6 wordt vervolgens ingegaan op de resultaten uit de procesevaluatie. Hier worden uitgebreid de ervaringen die zijn opgedaan met de methode van preventie beschreven. In hoofdstuk 7 komen resultaten uit het effectonderzoek aan de orde. Het onderzoek beschrijft de gemeten veranderingen bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe wat betreft kennis van risicofactoren en de houding en het gedrag ten aanzien van de risicofactoren waar het interventieproject zich op heeft gericht.

In de laatste hoofdstukken wordt de informatie uit het evaluatieonderzoek bediscussieerd en wordt in feite antwoord gegeven op de vraag of de community-based werkwijze een doelmatige methode is welke succesvol ingezet kan worden bij de preventie van hart- en vaatziekten. Hoofdstuk 8 bevat de beschouwing van de methodiek en de resultaten uit de studie. Er wordt ingegaan op de uitvoering van het project, de resultaten van het project, de methode van evalueren en de toepassing van community-based interventies in de openbare gezondheidszorg. In hoofdstuk 9 worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de uitvoering van community-based interventies en de evaluatie ervan.

2 Het vóórkomen van hart- en vaatziekten: aanleiding tot het project

Dit hoofdstuk gaat in op de hart- en vaatziektenproblematiek in de regio Zuidoost-Drenthe, welke aanleiding gaf tot het opzetten en uitvoeren van een preventieproject. In paragraaf 2.1 wordt ingegaan op algemene kenmerken en achtergronden van hart- en vaatziekten. In paragraaf 2.2 komt de prevalentie van hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe aan de orde. Op basis van een epidemiologische studie van sterftcijfers en ziekenhuisgegevens is inzicht verkregen in de prevalentie van hart- en vaatziekten in de GGD-regio. In deze paragraaf is ook aandacht voor de algemene situatie en de resultaten uit de in 1991 gehouden gezondheidsenquête. Tot slot wordt in paragraaf 2.3 ingegaan op determinanten van hart- en vaatziekten en de mogelijkheden om het vóórkomen van deze aandoeningen te verminderen.

2.1 Hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten vormen in omvang nog altijd de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland, gevolgd door de categorie kwaadaardige nieuwvormingen. In Nederland stierven in 2001 per 100 overledenen er gemiddeld 35 als gevolg van hart- of vaatproblematiek. In 1999 werd 2,3 miljard euro uitgegeven ten behoeve van de gezondheidszorg voor aan hart- en vaatziekten gerelateerde ziekten (VWS, 2003). In de laatste decennia is de sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten gedaald. In 1970 overleden meer dan 50 personen per 100 sterfgevallen aan een hart- of vaatziekte, in 2001 bedroeg dat aantal dus 35. Verklaringen hiervoor zijn onder andere de verbeterde leefomstandigheden, het profiel van risicofactoren en de verbeterde behandelingsmethoden voor hart- en vaatziekten (Nederlandse Hartstichting, 1995; 1997; 2003).

Hart- en vaatziekten vormen een complexe groep aandoeningen met belangrijke verschillen in ontstaanswijze, locatie, beloop en voorkomen. De, gezien prevalentie en incidentie, belangrijkste categorieën binnen de hart- en vaatziekten zijn de ischemische hartziekten en de cerebrovasculaire aandoeningen. Samen zijn ze landelijk gezien verantwoordelijk voor ongeveer tweederde van de totale sterfte aan hart- en vaatziekten. De overige hart- en vaatziekten, zoals ritmestoornissen, klepafwijkingen, aangeboren afwijkingen en infecties, nemen een derde van de sterfte voor hun rekening.

2.2.1 Kenmerken van hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten kunnen zich op verschillende wijzen presenteren. In dit hoofdstuk wordt een indeling gehanteerd op basis van de pathofysiologie, de lokalisatie en de mortaliteit van de verschillende aandoeningen:

- ischemische hartziekten;
- cerebrovasculaire aandoeningen;
- overige hart- en vaatziekten.

Ischemische hartziekten

Ischemische hartziekten is de benaming voor afwijkingen die ontstaan als gevolg van ischemie, een disbalans tussen de behoefte van een bepaald weefselgebied aan zuurstofrijk bloed en de aan- en afvoer hiervan. Een belemmering ontstaat door vaatkramp, trombose, embolie of arteriosclerose (slagaderverkalking). Naast zuurstof gaat het hierbij tevens om de nutriëntenaanvoer en de afvalstoffenafvoer. Ischemie kan na verloop van tijd aanleiding geven tot het ontstaan van weefselbeschadiging of zelfs weefselversterf (necrose). Verschillende hartziekten behoren tot de ischemische hartziekten, namelijk acuut myocardinfarct, angina pectoris, chronische ischemische hartziekten, plotselinge hartdood en perifeer vaatlijden (Souhami, 1994).

Cerebrovasculaire aandoeningen

Wanneer de bloedvaten in de hersenen worden afgesloten kan een cerebrovasculair accident ontstaan. Cerebrovasculaire aandoeningen worden veroorzaakt door een stoornis in de verzorgende circulatie van de hersenen. Gevolgen van de verstoringen zijn onder te verdelen in twee categorieën te weten ischemische aandoeningen en intracraniele bloedingen (Robbins, 1993; Souhami, 1994).

Overige hart- en vaatziekten

Tot de categorie overige hart- en vaatziekten behoren veel verschillende aandoeningen, zoals: hartritmestoornis, hartklepafwijking, cardiomyopathie, infecties van het hart (pericarditis en endocarditis), hartaandoening als gevolg van (acuut) reuma, vaatafwijking. Deze aandoeningen hebben een gering aandeel in de totale sterfte, maar hebben wel invloed op de morbiditeit en de medische consumptie.

2.3 Oorzaken van hart- en vaatziekten

Belangrijk bij de beschrijving van hart- en vaatziekten is uiteraard de oorzaak van deze aandoeningen. Kennis over de oorzaken draagt bij aan inzicht over aanknopingspunten voor preventie.

De meerderheid van de hart- en vaatziekten is geassocieerd met één pathologisch proces, namelijk arteriosclerose. Het is een geleidelijk proces dat leidt tot het ontstaan van lokale verdikkingen (plaquevorming) in de arteriewand, bestaande uit lipiden, celementen en bindweefselcomponent in variërende verhoudingen (Ross, 1986; Libby, 1998; Selwyn, 1998). De onderliggende oorzaak voor de ontwikkeling is onbekend; wel is bekend dat dit proces al op jeugdige leeftijd begint. Er zijn theorieën die veronderstellen dat er perioden zijn waarin het proces van arteriosclerose stilstaat, of dat er zelfs regressie mogelijk is. De perioden van progressie en regressie zouden elkaar afwisselen totdat de ziekelijke vaatverandering klinisch van betekenis is (Bijnen, 1990; Meeter, 1991).

2.3.1 Risicofactoren voor hart- en vaatziekten

Er is een groot aantal factoren bekend dat invloed heeft op het ontstaan van hart- en vaatziekten. Deze risicofactoren zijn in te delen in de volgende categorieën:

- biologische factoren: leeftijd, geslacht en genetische afwijkingen;
- pathofysiologische factoren: hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte (LDL-cholesterol), en overgewicht;
- leefstijlfactoren: roken, te vette voeding, lichamelijke inactiviteit, en stress;
- reeds aanwezige schade of overige risico's.

Hieronder komen de afzonderlijke groepen risicofactoren aan de orde.

Biologische factoren

Werd tien jaar geleden nog veronderstelt dat het risico op hart- of vaatziekten veel groter is voor mannen dan voor vrouwen, tegenwoordig is duidelijk uit de statistieken dat het risico voor mannen en vrouwen gelijk is. Het risico op hart- en vaatziekten neemt met het stijgen van de leeftijd toe. Het vóórkomen van hart- en vaatziekten in de familie (genetische predispositie) vergroot tevens de kans op het verkrijgen van een hart- en vaatziekte. Biologische factoren zijn niet te beïnvloeden, ze vormen een achtergrondrisico (Gezondheidsraad, 1984).

Biologische factoren spelen daarom vaak geen grote rol in preventieprogramma's.

Hoge bloeddruk

Uit veel studies komt naar voren dat hypertensie een belangrijke predisponerende risicofactor vormt voor het optreden van hart- en vaatziekten (Law, 2002). Uit het World Health Report 2002 (WHO, 2002) blijkt dat, in de ontwikkelde landen, 10,9 % van de disability-adjusted life years (DALY) te wijten is aan hoge bloeddruk. De invloed van hoge bloeddruk op de ziektelast ten gevolge van hart- en vaatziekten in Nederland wordt geschat op 34% en 29% respectievelijk voor mannen en vrouwen (VTV, 2002). Langdurige hypertensie bevordert het ontstaan van een atherosclerotisch proces (Swaen, 1984). De combinatie van hoge bloeddruk en oudere leeftijd brengt extra risico met zich mee, evenals de combinatie met roken (NHS, 2000).

Hoog cholesterol

Een verhoogd totaal cholesterolgehalte in het bloedserum ofwel hypercholesterolemie is een van de belangrijkste oorzaken van coronaire hartziekten. Hypercholesterolemie kwam eind jaren negentig voor bij circa 1 op de 8 volwassenen van 20 tot 60 jaar. In de ontwikkelde landen is 7,6 % van de DALY's een gevolg van het hoge cholesterolgehalte (WHO, 2002). De invloed van een verhoogd totaal cholesterolgehalte op de ziektelast ten gevolge van hart- en vaatziekten in Nederland wordt geschat op 22% en 21% respectievelijk voor mannen en vrouwen (VTV, 2002).

Het cholesterolgehalte wordt beïnvloed door leefstijl, voornamelijk het voedingspatroon, en genetische factoren. Verschillende studies tonen een causale relatie aan tussen cholesterol en arteriosclerose. Het cholesterol is in het plasma aanwezig in de vorm van low- (70-75%) en high- (20-25%) density lipoproteïnen (LDL en HDL). Een hoge concentratie LDL bevordert thrombusvorming en het ontstaan van atherosclerotische plaques.

Een andere belangrijke risicofactor voor coronaire hartziekten is een te laag niveau van het beschermende type serum cholesterol, HDL (High Density Lipoprotein) cholesterol. De HDL-fractie heeft een preventieve werking op het ontstaan van ischemische hartziekten; daarbij stimuleert het de regressie van atherosclerotische vaatveranderingen (Jansen, 1992; Kastelein, 1992; [Verschuren & Kromhout, 1995](#)).

Overgewicht

Er zijn aanwijzingen dat ernstig overgewicht een belangrijke factor is bij het ontstaan van hart- en vaatziekten. Overgewicht zelf wordt beïnvloed door erfelijke factoren, voeding en lichamelijke activiteit. Er bestaat nog geen onomstotelijk bewijs voor een causaal verband tussen overgewicht en het ontstaan van hart- en vaatziekten. Overgewicht wordt daarom vaak als risico-indicator aangeduid. Uit onderzoek is gebleken dat gewichtsverlies samengaat met een verlaging van de bloeddruk en dat gewichtsverlies in combinatie met lichamelijke activiteit leidt tot een daling van het cholesterolgehalte (Jansen, 1992). In de ontwikkelde landen is

7,4 % van de DALY's te wijten aan overgewicht (WHO, 2002). De invloed van overgewicht op de ziektelast ten gevolge van hart- en vaatziekten in Nederland wordt geschat op 23% voor zowel mannen als vrouwen (VTV, 2002).

Leefstijlfactoren

Voeding

Het voedingspatroon beïnvloedt de bloeddruk, het serumcholesterolgehalte en het lichaamsgewicht. De consumptie van verzadigde vetzuren, voornamelijk aanwezig in dierlijk vet, heeft een ongunstig effect op het totaal- en het LDL-cholesterolgehalte (WHO, 2002). De laatste jaren is steeds meer duidelijkheid ontstaan over de voedingsstoffen die hypertensie bevorderen. Er is onder andere een positieve correlatie gevonden tussen zoutinname en hypertensie en tussen alcoholgebruik en hypertensie (Jansen, 1992). Het is bekend dat Nederlanders niet goed op de hoogte zijn van hun eigen vetconsumptie. Slechts 20% van hen die te vet eten, is zich dat bewust. In de ontwikkelde landen is 3,9 % van de DALY's te wijten aan het eten van te weinig groente en fruit (WHO, 2002). De invloed van een lage groente en fruitconsumptie op de ziektelast ten gevolge van hart- en vaatziekten in Nederland wordt geschat op 15% en 13% respectievelijk voor mannen en vrouwen. Bij een hoge inname van verzadigd vet wordt deze invloed op 40% en 39% geschat (VTV, 2002).

Lichamelijke inactiviteit

Onvoldoende lichaamsbeweging is een veel voorkomende risicofactor voor het ontstaan van hart- en vaatziekten. Uit studies blijkt dat 15% tot 39% van de sterfte vanwege coronaire hartaandoening, 33% van de beroertes en 12% van de personen met hoge bloeddruk kan worden voorkomen door voldoende lichamelijke activiteit (WHO, 2002). Met voldoende beweging kunnen coronaire hartziekten worden voorkomen bij mannen op middelbare leeftijd (Blair, 1994). Andere studies beschrijven een relatief risico op een hart- of vaatziekte bij onvoldoende beweging van 1,9 (Berlin, 1990; Spence, 2001). In Nederland wordt gesteld dat 6% van de sterfte een gevolg is van onvoldoende lichaamsbeweging. De invloed van lichamelijke inactiviteit op de ziektelast ten gevolge van hart- en vaatziekten is bij mannen en vrouwen respectievelijk 18% en 20% (VTV, 2002). Lichamelijke activiteit heeft een beschermende functie vanwege het gunstige effect op andere risicofactoren. Zo levert lichaamsbeweging een bijdrage aan onder andere de daling van het lichaamsgewicht, de bloeddruk en het serumcholesterolgehalte. Uiteindelijk resulteert dit in een verbetering van het functioneren van het cardiovasculair systeem (Bijnen, 1990; Peters, 1999).

Roken

Onderzoek heeft aangetoond dat roken een sterk verhogende invloed heeft op het ontstaan van hart- en vaatziekten (Wilhelmsen, 1988). Het schadelijke effect van roken is vermoedelijk een gevolg van koolmonoxide en nicotine. Koolmonoxide

hecht zich beter dan zuurstof aan hemoglobine in het bloed en veroorzaakt hierdoor een vermindering van de zuurstoftoevoer naar het hart (Gezondheidsraad, 1984). Nicotine zou verantwoordelijk zijn voor een verhoging van de bloeddruk (Jansen, 1992). De sterfte als gevolg van roken wordt geschat op 15%. De invloed van roken op het percentage ziektelast ten gevolge van hart- en vaatziekten uitgedrukt in DALY's is 38% en 24% respectievelijk voor mannen en vrouwen (VTV, 2002). Uit onderzoek van de WHO blijkt dat in de ontwikkelde landen de meeste DALY's te wijten zijn aan roken, namelijk 12,2 % (WHO, 2002).

Stress en persoonskenmerken

Psychologische en persoonlijkheidsgebonden factoren zouden van invloed zijn op het ontstaan van hart- en vaatproblemen. Veranderingen in leef- en werkomstandigheden, over- en onderbelasting en zogeheten type A persoonsgedrag (gedrevenheid, competitiedrang, gevoel van tijdgebrek en snelle frustratie) zouden via neuronendocriene weg pathologische veranderingen bevorderen (Cox, 1978). Stress is van invloed op het neuronendocriene systeem. Langdurige stress heeft tot gevolg dat de bloeddruk en de hartfrequentie toenemen en dat het lipidenmetabolisme in ongunstige zin verandert (Gezondheidsraad, 1984).

Risico vanwege een bepaalde gebeurtenis of reeds aanwezige schade

De laatste groep risicofactoren zijn factoren die een gevolg zijn van (aangeboren) schade of gebeurtenissen. ECG-afwijkingen, linkerventrikelhypertrofie, doorgemaakt hartinfarct en aneurysma aorta zijn voorbeelden van beschadigingen.

In tabel 2.1 is van een aantal leefstijlfactoren en risicofactoren de invloed aangegeven op het ontstaan van coronaire hartziekten en cardiovasculair accident, uitgedrukt in het zogenoemde populatie attributieve risico.

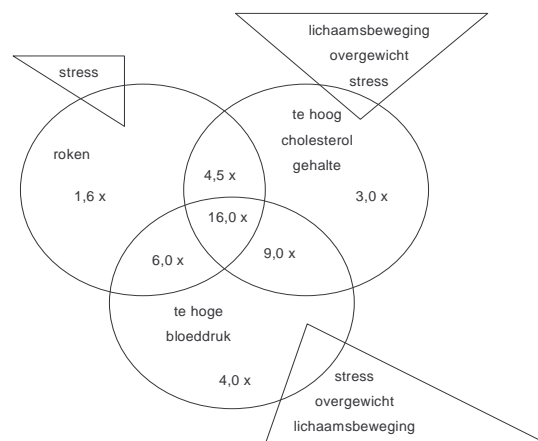
Tabel 2.1 Populatie Attributieve Risico's (PAR) voor enkele leefstijl- en risicofactoren van coronaire hartziekten (CHZ) en beroerte (CVA)

	Aandoening	PAR (%) voor 20-59 jaar		PAR (%) vanaf 60 jaar	
		Mannen	vrouwen	Mannen	Vrouwen
Leefstijlfactor					
Roken	CHZ	41	40	35	25
Roken	CVA	51	55	45	39
Lichamelijke inactiviteit	CHZ	23	23	31	40
Hoge consumptie verzadigd vet	CHZ	11	11	9	8
Lage consumptie groente/fruit	CHZ			7-30 (m/v)	
Risicofactor					
Hoge systolische bloeddruk	CHZ	29	21	47	57
Hoge systolische bloeddruk	CVA	24	27	52	64
Hoog totaal cholesterol	CHZ	9	9	22	27
Laag HDL-cholesterol	CHZ	62	30	59	26
Ernstig overgewicht	CHZ	14	15	11	25
Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (Hooogenveen & Jansen, 1997)					

Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (Hoogenveen & Jansen, 1997)

Samenhang

Zoals al is aangegeven is de relatieve invloed van de afzonderlijke risicofactoren niet gelijk. Er is zowel een verschil per risicofactor als ook per individu. Voor de meeste risicofactoren geldt dat er synergie is tussen de risicofactoren. Het gelijktijdig vóórkomen van meerdere risicofactoren bij een individu heeft een versterkende werking op het risico voor hart- en vaatziekten. In figuur 2.1 is als voorbeeld een model weergegeven waarin de onderlinge relatie tussen de verschillende risicofactoren is beschreven. Naast de drie belangrijke risicofactoren roken, hoog cholesterolgehalte en hoge bloeddruk, zijn de determinanten van deze risicofactoren in de driehoeken aangegeven. Hiervan is echter geen berekening aangegeven van de versterkende werking.



Figuur 2.1 Het relatieve risico op hart- en vaatziekten bij aanwezigheid van één of meer van de belangrijkste risicofactoren (DGD Zuidelijk Zuid-Limburg, 1990)

2.3 Hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe

2.3.1 Inleiding

De GGD heeft verschillende onderzoeken gedaan naar de sterfte, de morbiditeit en de leefgewoonten van inwoners in haar werkgebied Zuidoost-Drenthe. Het eerste uitgebreide epidemiologisch onderzoek was de analyse van de sterftegegevens over de jaren 1983 – 1988. Het onderzoek was voor de GGD direct aanleiding om via het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' aandacht te geven aan de hart- en vaatziektenproblematiek. Na het sterfteonderzoek heeft de GGD nog andere onderzoeken uitgevoerd. Onder andere is het aantal ziekenhuisopnamen als gevolg van hart- en vaatziekten in de regio vergeleken met Nederland en is een

gezondheidsenquête gehouden. De gezondheidsenquête onder de algemene bevolking leverde informatie op over de leefstijl in de regio. Tijdens de uitvoering van het reeds in 1991 gestarte preventieproject zijn opnieuw sterftcijfers uitgebreid bestudeerd. Deze studie betrof de periode 1985 tot en met 1995. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de gezondheidssituatie in de regio Zuidoost-Drenthe.

2.3.2 Sterfte en ziekte als gevolg van hart- en vaatziekten: 1983 - 1989

Het onderzoek naar de regionale sterfte over de jaren 1983-1988 (De Vos, 1991) en landelijk onderzoek (Kunst en Mackenbach, 1990) maakte duidelijk dat de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten hoger was in de regio Zuidoost-Drenthe in vergelijking met Nederland. Hart- en vaatziekten waren, bij de start van het project, verantwoordelijk voor 44% van de totale sterfte in Zuidoost-Drenthe. In de onderzoeksperiode 1983 – 1989 bleken per jaar gemiddeld 350 mannen en 230 vrouwen te overlijden aan hart- en vaatziekten (populatieomvang omstreeks 160.000 inwoners). Er bestond een opmerkelijk verschil tussen mannen en vrouwen. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht was de totale sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannen in Zuidoost-Drenthe in de periode 1983-1988 gemiddeld over alle leeftijdsgroepen 7% hoger dan verwacht mocht worden op basis van de landelijke cijfers. Als de bevolking wordt ingedeeld in een jonge en een oudere groep wordt een verschil zichtbaar. Bij mannen onder de 65 jaar was de 'extra' sterfte 35%. Bij mannen ouder dan 65 jaar is geen sprake van oversterfte. De hogere sterfte in de regio is dus toe te schrijven aan sterfte op jongere leeftijd in vergelijking tot de gemiddelde situatie in Nederland. Als naar de afzonderlijke hart- en vaatziekten wordt gekeken bleek dat de hogere sterfte is toe te schrijven aan het acuut myocardinfarct, dat 29% vaker voorkwam in vergelijking met de Nederlandse mannen. Bij mannen onder de 65 jaar was de extra sterfte als gevolg van acuut myocardinfarct zelfs 58%.

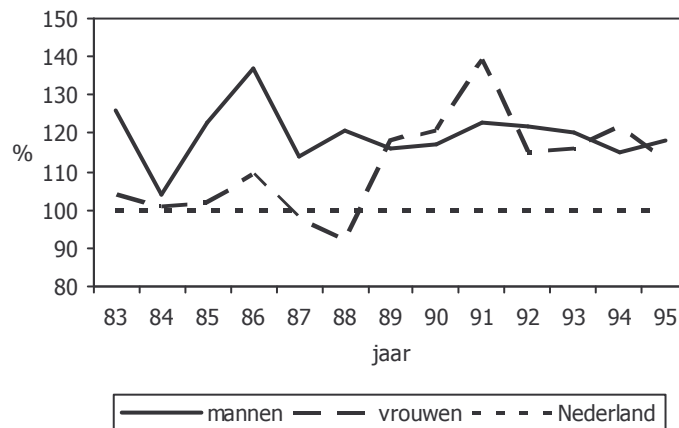
Bij vrouwen was gemiddeld genomen geen sprake van een hogere sterfte ten gevolge van alle hart- en vaatziekten samen ten opzichte van de situatie in Nederland. Alleen het overlijden als gevolg van een acuut myocardinfarct was over de onderzochte periode 6% hoger in vergelijking tot de Nederlandse vrouwen. Ook bij vrouwen bleek dat er bij de jongste leeftijdsgroep sprake is van een hogere sterfte ten opzichte van de situatie in Nederland. Bij vrouwen onder de 65 jaar was de oversterfte als gevolg van een acuut myocardinfarct 47%.

Cijfers uit de analyse van de ziekenhuisdiagnoses van 1989 van Zuidoost-Drenthe lieten eenzelfde beeld zien. In vergelijking met Nederland waren 19% meer mannen opgenomen geweest in het ziekenhuis met de diagnose hart- en vaatziekte. Bij vrouwen bedroeg dit percentage 10% (De Vries, 1993).

2.3.3 Sterfte en ziekte als gevolg van hart- en vaatziekten: 1985 - 1995

In 1998 is opnieuw uitgebreid onderzoek gedaan naar de hart- en vaatziektensterfte in Zuidoost-Drenthe (Drenthen, 1998). Gegevens van de periode 1985 tot en met 1995 zijn in het onderzoek verwerkt. Het onderzoek geeft een beeld over een langere periode en geeft zodoende inzicht in enkele ontwikkelingen en trends. Het onderzoek bevestigde grotendeels de bevindingen uit het eerdere onderzoek.

In de onderzoeksperiode 1985 – 1995 werd, net zoals in Nederland, een lichte daling gevonden in de sterfte aan hart- en vaatziekten. Gemiddeld gesproken waren in deze periode in Zuidoost-Drenthe de hart- en vaatziekten verantwoordelijk voor 42% van de totale sterfte, weliswaar hoger dan in Nederland (40%), maar lager dan gevonden was in het eerste onderzoek. Ten opzichte van Nederland overleden er 7% meer mannen aan hart- en vaatziekten. Bij vrouwen bestond er over deze periode voor alle hart- en vaatziekten geen verschil.



Figuur 2.2 Op leeftijd gestandaardiseerde sterfte als gevolg van ischemische hartziekten in Zuidoost-Drenthe ten opzichte van Nederland, 1985-1995

De SMR van mannen en vrouwen in de regio Zuidoost-Drenthe is uitgedrukt in het percentage hogere dan wel lagere sterfte ten opzichte van de standaard Nederland welke als horizontale lijn op 100% is weergegeven (gegevens CBS).

De ischemische hartziekten, waaronder het acuut myocardinfarct, is de belangrijkste hart- en vaatziektecategorie wat betreft sterfte in Zuidoost-Drenthe. Het relatieve aandeel van de ischemische hartziekten in de sterfte bedroeg 57% bij de mannen en 41% bij de vrouwen. Hiervan kwam 81% voor rekening van het acuut myocardinfarct, zowel bij de mannen als bij de vrouwen. Opvallend in dit

onderzoek was dat de sterfte als gevolg van de ischemische hartziekten bij mannen ten opzichte van Nederland enigszins was afgenomen, terwijl het aantal sterfgevallen onder vrouwen iets was toegenomen.

Uit figuur 2.2 is duidelijk de hoge prevalentie van de ischemische hartziekten ten opzichte van Nederland af te lezen. Over de periode 1985-1995 bedroeg de extra sterfte bij de mannen 20%; bij de vrouwen was deze na 1990 significant hoger. Zoals het eerdere onderzoek ook al duidelijk maakte is leeftijd een belangrijke factor in de verklaring van de verschillen met Nederland. In Zuidoost-Drenthe was de sterfte in alle hart- en vaatziektecategorieën hoger in de jongere leeftijdsklassen (tot 65 jaar). Dit gold zowel voor mannen als voor vrouwen.

Met behulp van een Arima-model is een tijdreeksanalyse uitgevoerd (Drenthen, 1998). Met deze analyse is het mogelijk op basis de prevalentie over een aantal jaren door een statistische berekening van de trends, een schatting te maken van de ontwikkeling in de nabije toekomst. Deze analyse is alleen uitgevoerd met gegevens over sterfte.

Uit deze analyses bleek dat de ontwikkelingen bij de mannen gunstig waren. Bij de diagnoses waarvan de sterfte hoger is dan in Nederland werd een dalende trend gevonden. De verwachting is dat de overige ischemische hartziekten en de overige hart- en vaatziekten in de toekomst meer zullen voorkomen. De sterfte ten gevolge van de cerebrovasculaire aandoeningen zal op hetzelfde peil blijven. Dat geldt ook voor sterfte ten gevolge van ischemische hartziekten bij vrouwen. De mortaliteit in de resterende categorieën zal volgens de voorspellingen toenemen.

De conclusie van het onderzoek is dat de grootste problemen zich voordoen bij mannen. De trends maken duidelijk dat het aandeel hart- en vaatziekten in de totale sterfte bij de mannen afneemt. Deze trend is ook zichtbaar in Nederland. Alleen als deze afname groter is dan in Nederland zal er sprake zijn van een verbetering in de regio Zuidoost-Drenthe. Een hogere sterfte bij de ischemische hartziekten zal nog lange tijd blijven bestaan. Bij beschouwing van de sterfte onder vrouwen in Zuidoost-Drenthe kan een stijging in de richting van of zelfs hoger dan de Nederlandse sterfte worden gezien. Hierbij zal de trend bij de vrouwen onder de 65 jaar de nodige aandacht verdienen.

2.3.3 Leefstijl en overige achtergrondgegevens van Zuidoost-Drenthe: 1991

In deze paragraaf wordt ingegaan op de enkele achtergrondgegevens van de regio Zuidoost-Drenthe en de resultaten uit de in 1991 gehouden gezondheidsenquête.

De regio Zuidoost-Drenthe ligt in de Zuidoosthoek van Drenthe tegen de grens met Duitsland. De regio heeft een totale oppervlakte van bijna 1000 km². In Zuidoost-Drenthe wonen omstreeks 166.000 inwoners. Tot 1998 telde de regio negen gemeenten. Na de gemeentelijke herindeling per 1998 bestaan er in

Zuidoost-Drenthe drie gemeenten: Emmen, Coevorden en Borger-Odoorn. Emmen, met meer dan 105.000 inwoners, heeft een duidelijke centrumfunctie. Coevorden en Borger-Odoorn zijn met 35.000 en 26.000 inwoners duidelijk kleiner in omvang.

Met de gezondheidsenquête van 1991 is de gezondheid en leefstijl van volwassenen in de regio Zuidoost-Drenthe in kaart gebracht (De Vos, 1993). Het onderzoek bevestigde de bevindingen uit de analyse van de sterftcijfers, namelijk het veel voorkomen van hart- en vaatziekten in de regio Zuidoost-Drenthe. De respondenten rapporteerden vaker een door een arts vastgestelde hartkwaal of hartinfarct dan landelijk. Tevens bleken meer personen in de regio medicijnen te gebruiken voor hart- en vaatziekten of bloeddruk dan in de andere regio's in Drenthe. Informatie over de leefstijl van de inwoners van Zuidoost-Drenthe maakte duidelijk dat deze niet altijd, vanuit gezondheidsoogpunt gezien, gunstig was. Volgens de criteria van de Voedingsraad had in Zuidoost-Drenthe 42% van de inwoners overgewicht, waarvan 6% tot de categorie ernstig overgewicht behoorde. Overgewicht kwam voor in alle leeftijdsgroepen in Zuidoost-Drenthe. Het aantal personen dat aan sport deed was in Zuidoost-Drenthe enigszins lager dan landelijk. Ook in de andere regio's in Drenthe was dat percentage iets lager. Er bestond een duidelijk verband tussen sporten en gezondheid; sportende personen hadden een betere gezondheid. In de regio werd door 34% gerookt, een percentage dat ongeveer gelijk was aan dat in Nederland. In de leeftijdsgroep tussen 20 en 35 jaar rookten 6% meer vrouwen in vergelijking tot Nederland. Het gemiddelde alcoholgebruik was ongeveer gelijk aan dat in Nederland. Het aantal personen dat overmatig alcohol gebruikte was echter hoger. Jonge mannen gaven aan vaker overmatig alcohol te drinken. De bevolking in de regio Zuidoost-Drenthe was gemiddeld ouder dan die van Nederland. Bij de mannen bestond er een ondervertegenwoordiging bij de 20- tot 40-jarigen en een oververtegenwoordiging van de 55- tot 80-jarigen. De vrouwelijke bevolking vertoonde een zelfde beeld; minder 20- tot 35-jarigen en meer 60- tot 75-jarigen. Bij zowel mannen als vrouwen was het percentage 0- tot 4-jarigen lager dan dat in Nederland. Uit het onderzoek bleek dat het opleidingsniveau in Zuidoost-Drenthe lager is dan in de rest van Drenthe en Nederland. Van de personen tussen de 18 en 80 jaar had in 1991 52% alleen een lagere schoolopleiding of lager beroepsonderwijs gevolgd. Slechts 11% heeft een HBO of universitaire studie afgerond. In Nederland bedroegen deze percentages respectievelijk 36% en 16%. Tevens was het percentage ziekenfondsverzekerden in Zuidoost-Drenthe (69%) hoger in vergelijking tot de rest van Nederland (61%), hetgeen tevens een indicatie is van het inkomensniveau.

3 Het voorkómen van hart- en vaatziekten: community-based interventie

In het vorige hoofdstuk is uitgebreid stil gestaan bij het vóórkomen van hart- en vaatziekten in de regio Zuidoost-Drenthe en de risicofactoren die hiertoe bijdragen. Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden van preventie: het voorkómen van hart- en vaatziekten. In de afgelopen decennia is er veel veranderd in de wijze waarop over preventie en voorlichting werd gedacht. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op deze veranderingen en wordt de community-werkwijze en het ontstaan ervan toegelicht.

3.1 Ontwikkelingen in preventie

Preventie is in te delen in drie segmenten, namelijk ziektepreventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991). Ziektepreventie omvat activiteiten die gericht zijn op het uitbannen van specifieke ziekten of aandoeningen. De interventies kunnen zowel collectief als individueel zijn en zijn soms gericht op specifieke doelgroepen. Bij gezondheidsbescherming ligt de nadruk sterk op de wet- en regelgeving. Door wet- en regelgeving worden individuen verplicht bepaalde maatregelen in acht te nemen zodat gezondheidsschade wordt voorkomen. Gezondheidsbevordering omvat preventieactiviteiten die gericht zijn op het beïnvloeden van determinanten van ziekten door beïnvloeding van gedrag of gedragsaspecten. Deze benadering tracht de invloed of aanwezigheid van gezondheidsbedreigende factoren te verminderen en gezondheidsbevorderende factoren te versterken. Gezondheidsbevordering beweegt zich op het niet puur medische terrein en legt de nadruk op de actieve betrokkenheid van de bevolking. Wallack en Wallerstein (1987) geven de volgende algemene kenmerken van gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering:

- is gericht op de algemene populatie die in principe gezond is;
- is gericht op continue bevordering van een gezonde leefstijl;
- heeft als doel het aanreiken van vaardigheden en informatie aan een bevolking die helpen om gezond te blijven;
- heeft als doel het creëren van een omgeving die gezond gedrag mogelijk maakt of bevordert.

3.1.1 Internationaal

In de afgelopen jaren is er een snelle ontwikkeling geweest in ideeën over gezondheidsbevordering. De WHO speelde hierin een belangrijke rol. Deze ontwikkelingen zijn ook voor de Nederlandse praktijk van belang geweest. Tot het midden van de vorige eeuw werd vooral vanuit technisch medisch oogpunt naar gezondheid gekeken. In 1948 stelde de WHO een nieuwe definitie van gezondheid op: 'health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity' (WHO, 1948). Gezondheid werd niet meer alleen als afwezigheid van ziekte beschouwd, maar ook aspecten van geestelijk, lichamelijk en sociaal welzijn waren mede bepalend. In de jaren zeventig is de opvatting over het begrip gezondheid verder veranderd. De toenmalige Canadese minister van volksgezondheid Lalonde (Lalonde, 1974) heeft een gezondheidsmodel ontwikkeld dat een nieuw perspectief bood voor de aanpak van gezondheidsproblematiek. In het door hem gepresenteerde model, het 'Health Field Concept', zijn vier determinanten van gezondheid opgenomen, namelijk biologische factoren, omgevingsfactoren, leefstijlfactoren en de organisatie van de gezondheidszorg. Vooral nieuw in deze bredere visie op gezondheid is dat de invloed van omgevingsfactoren in ogenschouw wordt genomen. Tot de omgevingsfactoren worden zowel de fysisch en chemische factoren als de maatschappelijke gerekend. Dit model, oorspronkelijk alleen bedoeld voor de beschrijving en aanpak van de gezondheidszorg in Canada, werd in de jaren daarna door veel anderen overgenomen bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid en is nog steeds algemeen aanvaard. Op basis van dit gezondheidsmodel van Lalonde is het 'Health for All Programma' (WHO, 1977) en de hieruit voortvloeiende 'Nota 2000' in Nederland (Ministerie van WVC, 1986) opgesteld.

De nieuwe gedachten over gezondheid waren de basis voor een andere aanpak van het gezondheidsbeleid. In het begin van de jaren tachtig werd in Europa het vanuit Amerika afkomstige begrip 'health promotion' ingevoerd. In de Nederlandse literatuur wordt hiervoor het begrip 'gezondheidsbevordering' gehanteerd. Gezondheidsbevordering benadrukt dat gezondheidsproblemen, waaronder hart- en vaatziekten, niet alleen hun oorzaak vinden in gedrag en houding van individuen zelf, maar dat ook omgevingsfactoren hier een grote rol in spelen. Het beïnvloeden van de omgevingsfactoren is minstens zo belangrijk als het benadrukken van individuele condities wat betreft gedrag of leefwijze. 'Making the healthier choices the easier choices' is in dit kader een belangrijke WHO-slogan. Binnen deze benadering bestaat meer aandacht voor het mobiliseren van mensen en groepen om mee te werken aan de bevordering van gezondheid en voor het creëren van condities die dit bevorderen.

De eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering werd gehouden in Canada in 1986. Deze bijeenkomst heeft geleid tot het Ottawa Charter for Health Promotion. In Europa speelde het Ottawa Charter een belangrijke rol bij de

veranderende ideeën over gezondheidsbevordering. Het handvest definieerde gezondheidsbevordering als het proces dat personen in staat stelt zelf meer grip te krijgen op determinanten van gezondheid zodoende de gezondheidstoestand te verbeteren. Tevens werd gesteld dat gezondheidsbevordering niet alleen de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg diende te zijn. Het handvest beschreef gezondheid als een breder begrip, dat ook begrippen als vrede, bescherming, voorlichting, voeding, inkomen, stabiel ecosysteem en gelijkheid omvatte. Het document spreekt over drie belangrijke strategieën, te weten politieke pleitbezorging, het verminderen van ongelijkheid en individuen in staat te stellen een goede gezondheid te bereiken door gecoördineerde actie, waarbij alle elementen en sectoren in de samenleving betrokken zijn. Er werd aanbevolen om op vijf gebieden actie te ondernemen: de ontwikkeling van een algemeen gezondheidsbeleid, het stimuleren van een ondersteunende omgeving, het versterken van de lokale ontwikkeling, sociale planning en sociale actie, het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden zodat mensen zelf bewuste keuzes kunnen maken en tot slot een heroriëntatie van de gezondheidszorg waarin gezondheidsbevordering, onderzoek en scholing een betere plaats krijgt. De inhoud en betekenis van gezondheidsbevordering is nog enkele decennia aan verandering onderhevig geweest. In tabel 3.1 zijn enkele definities van gezondheidsbevordering welke in de afgelopen decennia zijn gehanteerd weergegeven.

Een tweede belangrijke ontwikkeling omtrent preventie is de keuze van de doelgroep geweest. Met de introductie van het model van Lalonde werd op een andere wijze over een doelgroep gedacht. Twee uitersten in de benadering van de doelgroep zijn de populatiebenadering en de hoog-risicobenadering. Bij de populatiebenadering is preventie gericht op de gehele bevolking van een bepaald gebied. Het betreft vaak preventie gericht op de verandering van leefstijl. De andere benadering is de hoog-risicobenadering. Hierbij betreft het maatregelen die gericht zijn op personen of groepen personen die een verhoogd risico hebben op bijvoorbeeld een hart- of vaatziekte door de aanwezigheid van één of meerdere risicofactoren. Zij krijgen adviezen of een behandeling. In feite is de hoog-risicobenadering te beschouwen als de traditionele preventiemethode. Volgens Rose (Rose, 1981, 1985, 1992) is de populatiebenadering veel effectiever bij gezondheidsbevordering. Volgens zijn theorie is de uiteindelijke gezondheidswinst groter als het vóórkomen van een risicofactor in een gehele populatie een klein beetje wordt verminderd, dan dat het voorkómen van de risicofactor in een kleine groep met een hoog-risico wordt verminderd. Tegenwoordig maken veel programma's gebruik van een tussenvorm. De WHO stelt dat een combinatie van deze werkwijzen het meeste resultaat biedt (WHO, 1986).

Tabel 3.1 Definities van gezondheidsbevordering

Lalonde, 1974
A strategy "aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health"
US Department of Health, Education, and Welfare, 1979
"A combination of health education and related organizational, political and economic programs designed to support changes in behaviour and in the environment that will improve health"
Green, 1980
"Any combination of health education and related organizational, political and economic interventions designed to facilitate behavioural and environmental changes that will improve health"
Green & Iverson, 1982
"Any combination of health education and related organizational, economic, and environmental supports for behaviour conducive to health"
Perry & Jessor, 1985
"The implementation of efforts to foster improved health and well-being in all four domains of health [physical, social, psychological and personal]"
Nutbeam, 1985
"The process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health"
WHO, 1984 (24), 1986(4) and Epp, 1986
"The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health"
Goodstadt et al., 1987
"The maintenance and enhancement of existing levels of health through the implementation of effective programs, services, and policies"
Kar, 1989
"The advancement of wellbeing and the avoidance of health risks by achieving optimal levels of the behavioural, societal, environmental and biomedical determinants of health"
O'Donnell, 1989
"The science and art of helping people choose their lifestyles to move toward a state of optimal health"
Labonté & Little, 1992
"Any activity or program designed to improve social and environmental living conditions such that people's experience of well-being is increased"

3.1.2 Nederland

In Nederland bestond aanvankelijk weinig aandacht voor de nieuwe aanpak binnen de gezondheidsvoorlichting. Toen bleek dat de gezondheidsbevordering goede perspectieven bood kwam er meer belangstelling. Naast de traditionele volksgezondheidsfuncties (bescherming en bewaking van de volksgezondheid) kregen de bevordering van gezondheid en gezondheidsgedrag, de onderkenning van de determinanten van gezondheid, het epidemiologisch onderzoek en de systematische evaluatie van op gezondheid gerichte interventies, meer aandacht. De Nota 2000 (toenmalig Ministerie van WVC, 1986) was een eerste stap om de doelen uit het Health for All Programma van de WHO in Nederland te realiseren. De nota propageerde intersectoraal- of facetbeleid. Tevens diende er meer aandacht te zijn voor de omgeving en niet alleen voor de terreinen die van oudsher

met gezondheid(szorg) in verband zijn gebracht. In navolging van buitenlandse voorbeelden werd verdere invulling gegeven aan gezondheidsbevordering in Nederland. Na de Nota 2000 werd in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid van het toenmalig Ministerie van WVC gewezen op het belang van bevolkingsparticipatie bij preventie. Kernelementen in deze nota's waren de aandacht voor zwakkeren en minder bevoorrechten, de behoefte aan een heroriëntatie van de gezondheidszorgvoorzieningen (van specialistische hulp naar meer primaire gezondheidszorg), het grote belang van de invloed van de bevolking, en intersectorale samenwerking met alle relevante sectoren in de samenleving.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

In Nederland houdt de GVO zich bezig met gezondheidsbevordering. GVO is in Nederland geïntroduceerd als vertaling van het Engelse begrip 'health education'. Tegenwoordig wordt GVO ook gezondheidsbevordering genoemd. GVO probeert door middel van voorlichting en educatie het gezondheidsgedrag van mensen te beïnvloeden. Het wordt beschouwd als een containerbegrip voor 'alle bewust ondernomen en systematisch uitgevoerde activiteiten, gericht op de relatie tussen gezondheid en gedrag van mensen, met het doel hen in staat te stellen die keuzes te maken die hun gezondheid bevorderen of in hun omgeving de omstandigheden te creëren om deze keuzes mogelijk te maken'. Het uitgangspunt is daarbij dat mensen door middel van hun gedrag, en leefstijl, zelf in belangrijke mate bijdragen aan hun gezondheidstoestand. GVO-activiteiten zijn erop gericht door middel van voorlichting en educatie mensen te motiveren tot het handhaven of versterken van bestaand gezond gedrag of te motiveren tot ander gezonder gedrag. Mogelijkheden voor het bevorderen van gezond gedrag hangen ook af van de omgeving waarin mensen leven, wonen en werken. In het verlengde van GVO staan dan ook activiteiten, die bedoeld zijn om een gezonde leef-, woon- en werkomgeving tot stand te brengen. De kracht van preventieprogramma's is waarschijnlijk voor een groot deel gelegen in een integratie van structurele maatregelen met GVO-interventies. Op regionaal niveau waar beleid, maatregelen en activiteiten dicht bij elkaar zijn gelegen en zich dicht bij de bevolking afspelen, zal deze integratie te realiseren zijn (Baecke, 1992).

Als gevolg van de internationale ontwikkelingen veranderde de aanpak van de GVO in Nederland. Hierin zijn drie perioden te onderscheiden, namelijk de rationeel gerichte periode, de individueel gerichte periode en de periode met de wetenschappelijk benadering (Boenink 1987; Jonkers-Kuiper, 1988).

In de eerste vormen van gezondheidsvoorlichting staat rationaliteit voorop. Er werd aangenomen dat individuen gezondheid een hoge waarde geven en dat voorlichting en informatie over gezond gedrag alleen voldoende was. Op basis van deze informatie zou men handelen op rationele overwegingen. Door massamediale

voorlichtingscampagnes gericht op het individu, werd duidelijk gemaakt dat men niet ongezond mag leven. De voorlichting was vooral eenrichtingsverkeer, de professional weet wat het beste is en deelt dat mee. In deze periode was weinig bekend over de effectiviteit van de voorlichting op gedragsverandering. Zelden of niet werd gewerkt volgens een planmatige aanpak waar de stappen van analyse tot voorlichting en voorlichting tot evaluatie deel van uitmaken.

In het gezondheidsbeleid in de jaren zestig werd GVO gezien als belangrijke aanvulling op de bestaande gezondheidszorg. Binnen de gezondheidsvoorlichting legde men meer nadruk op de individuele keuzeruimte (Hagendoorn, 1990) en zag men GVO als een methode om mensen zelf bij hun eigen gezondheid te betrekken. Verandering was een individuele keuze, waarbij ook irrationele overwegingen een rol speelden. Voorlichting richtte zich op het bevorderen van een bewuste besluitvorming en werd hiermee meer tweerichtingsverkeer. De wisselwerking tussen professional en doelgroep achtte men belangrijk. Participatie is dus belangrijk in deze periode, echter deze bleef alleen beperkt tot de interventie.

In de jaren tachtig werd de aanpak van GVO meer wetenschappelijk. Het doel van GVO was vooral gericht op gedragsverandering en niet meer alleen op kennisvermeerdering of bewuste besluitvorming. Bij gedragsverandering werd de sociale omgeving van groot belang geacht. Wetenschappelijke modellen en analyses waren de basis voor veel GVO activiteiten. De nadruk lag niet meer op het ontwikkelen van nieuwe methoden maar meer op de variatie in methoden en combinatie van methoden.

3.2 Theorieën voor gedragsverandering

In de sociale psychologie zijn verschillende modellen en theorieën ontwikkeld die gedragsverandering proberen te verklaren (Damoiseaux e.a., 1993; Bracht, 1999). Een aantal theorieën heeft grote invloed gehad en is veelvuldig terug te vinden in de literatuur. Voor veel community-based programma's vormen zij de basis voor het project. In deze paragraaf worden veel gebruikte theorieën beschreven. Als eerste komen modellen voor verandering op individueel niveau aan de orde, vervolgens achtergronden van verandering op community niveau en tot slot een model voor planning van community-programma's.

3.2.1 Theorieën voor verandering op individueel niveau

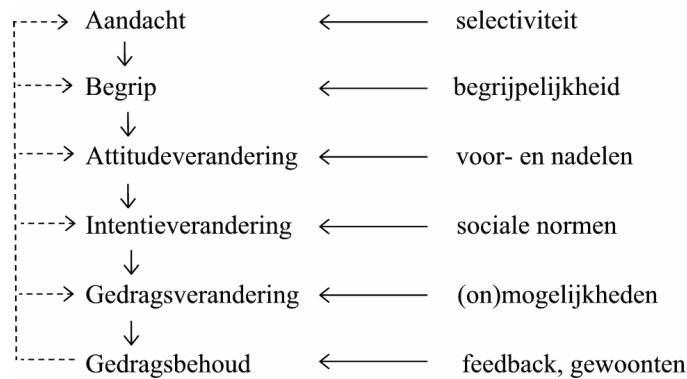
Theorieën voor verandering op individueel niveau omvatten individuele eigenschappen, motivatie en andere unieke eigenschappen die gedrag beïnvloeden. Hierbinnen valt onderscheid te maken in theorieën op intrapersoonlijk en interpersoonlijk niveau.

Tot de intrapersonlijke modellen behoren het Health Belief Model en de Theorie of Reasoned Action. Het Health Belief Model (Bracht, 1998) gaat er van uit dat de perceptie over de gevoeligheid voor de ziekte en het ervaren gevaar voor het ontstaan van de ziekte aanleiding is tot verandering van gedrag. De perceptie en het ervaren gevaar vormen samen een gevoel van dreiging. Deze ervaren dreiging kan worden beïnvloed door kennis, maar ook door het aandragen van mogelijkheden voor actie, bijvoorbeeld informatie over het omgaan met ziekte. Volgens de theorie is gedrag en gedragsverandering gebaseerd op individuele afwegingen over de mate van dreiging en het gevoel over voordelen van actie. De andere intrapersonlijke theorie, de Theory of Reasoned Action (Ajzen and Fishbein, 1980), stelt dat de enige en beste voorspeller van verandering van het gedrag van een persoon intentie is. In dat model wordt intentie beïnvloed door de attitude voor het gedrag en de perceptie hoe anderen tegen het gedrag aankijken (subjectieve norm).

Tot de theorieën op het vlak van interpersoonlijk niveau horen de Social Learning Theory en het Transtheoretical Model, ook wel 'stages of change' genoemd. De Social Learning Theory is een belangrijk model uit de sociale psychologie en is goed bruikbaar voor het verklaren van gezondheidsgedrag (Bandura, 1986). Bandura onderscheidt persoonlijke factoren en omgevings- en gedragsfactoren om gedrag te verklaren. Omgevingsfactoren, sociale en fysieke omgeving, zijn variabelen die buiten een persoon liggen. Deze factoren spelen in een community-project een belangrijke rol. Persoonlijke factoren zijn vaardigheden van een persoon om de betekenis van gedrag te kunnen leren via ervaring of observatie. Gedragsfactoren omvatten de variabelen die te maken hebben met de vaardigheden van een persoon om een bepaald gedrag daadwerkelijk uit te voeren. Gedrag dat positieve uitkomsten biedt, heeft een grote kans om te worden geïnitieerd.

Volgens de sociale leertheorie is er een dynamische relatie tussen de fysieke en sociale omgeving, gedrag en de persoonlijke cognitieve dimensie. Een individu kan zowel veranderingsagent als doelpersoon van de verandering kan zijn. Daarom is te verwachten dat veranderingen die gelijktijdig op het individu en de omgeving gericht zijn beter vastgehouden worden (Bandura, 1988). In het Transtheoretische Model van Stages of change (Prochaska & DiClemente, 1984) wordt een viertal fasen onderscheiden. Dit zijn precontemplatie, contemplatie, preparatie en actie, en gedragsbehoud of terugval. Deze theorie stelt dat personen in verschillende fasen kunnen verkeren. De fasen volgen elkaar in principe op. Personen in de precontemplatiefase zijn bijvoorbeeld niet bereid na te denken over gedragsverandering. Door interventie kunnen ze in de volgende fase komen waarin ze dat wel zijn. Deze theorie heeft tot het besef geleid dat voorlichting gericht op een groep personen op de verschillende fasen waarin individuen in deze groep kunnen verkeren moet worden gericht.

Kok (1985) heeft op basis van de theorie van berekend gedrag van Fishbein en Ajzen (1975), de fasenmodellen van Rogers (1983) en McGuire (1985) een model van gedragsverandering via voorlichting opgesteld. Het model is vergelijkbaar met het stages of change model. Dit model was ten tijde van de ontwikkeling van het project in Zuidoost-Drenthe vrij gangbaar in de GVO in Nederland en is gehanteerd bij de evaluatie van het project. Figuur 3.2 geeft het model grafisch weer.



Figuur 3.2 Model van gedragsverandering via voorlichting (Kok, 1985)

Het model gaat ervan uit dat een persoon een aantal stappen moet doorlopen voordat hij komt tot gedragsverandering. Links staan de processen weergegeven die zich in de persoon afspelen. Rechts staan de factoren die daarop van invloed zijn. De overgang naar iedere volgende fase kan beïnvloed worden door interne factoren, zoals persoonlijkheidskenmerken en persoonlijke afwegingen, en door externe factoren, zoals barrières en de sociale omgeving van de persoon. Door voorlichting wordt getracht deze factoren te beïnvloeden. Van de doelgroep die moet worden bereikt hangt af aan welke fase aandacht moet worden besteed. Voorlichting kan alleen effect hebben als de potentiële ontvanger aan de boodschap wordt blootgesteld. Als er voor het onderwerp geen aandacht is bij de doelgroep dan zal de voorlichting zich in eerste instantie hierop moeten richten. Volgens Kok is gebrek aan aandacht één van de meest onderschatte redenen voor het falen van een voorlichtingsboodschap. Daarnaast moet de ontvanger het bericht begrijpen. Het bericht leidt tot attitudeverandering wanneer de afweging van voor- en nadelen positief uitvalt. Attitudeverandering kan leiden tot intentieverandering. Soms vormt de subjectieve of sociale norm hierbij een belemmerende factor. De sociale omgeving kan de gezondheid op zowel een positieve als een negatieve manier beïnvloeden. Wanneer er mogelijkheden zijn om een veranderde intentie om te zetten in gedrag kan een gedragsverandering

optreden. Voorlichting dient zich hierbij niet te beperken tot het overtuigen dat ander gedrag gewenst is. Ook moet worden aangegeven hoe mensen geholpen kunnen worden dat nieuwe gedrag te vertonen. Voorlichting moet uiteindelijk leiden tot gedragsbehoud. Het nieuwe gedrag moet dan wel de gewenste en voorspelde voordelen opleveren.

Gedragsverandering gebeurt niet van de ene op de andere dag. Het is een langdurig proces van communicatie waarin mensen die het nieuwe gedrag moeten gaan vertonen, ook moeten merken dat dit gedrag de gewenste voordelen biedt. Voorlichting moet daarom na een gedragsverandering doorgaan met het geven van positieve feedback, zodat de gedragsverandering wordt voortgezet en uiteindelijk leidt tot gewoonte.

3.2.2 Theorieën voor verandering op community niveau

Bij community-based interventies spelen naast individuele gedragsveranderingstheorieën ook community theorieën een rol.

Principes van sociale marketing

Communicatie is een belangrijk onderdeel van interventies die op de hele community gericht zijn. Als de communicatie niet goed is vormt dit een barrière om te komen tot actie. Marketingprincipes zijn geschikt bij de implementatie en promotie van gezondheidsbevorderende programma's (Fincham, 1992). Sociale marketing betreft het ontwerp, de implementatie en het begeleiden van een programma op een zodanige manier dat de acceptatie ervan wordt geoptimaliseerd. Centraal bij marketing staan het product zelf, de promotie van het product, de plaats (het voorzien van adequate distributiekkanalen) en de prijs. Sociale marketing omvat de volgende stappen (Shea, 1989; 1990):

- formuleren van doelstellingen;
- analyseren van de community, onder andere ook op basis van sociaaldemografische en psychosociale variabelen;
- analyseren van de distributiekkanalen;
- ontwikkelen van een marketingstrategie voor de verschillende producten.

Massamediale campagnes

Community-based projecten maken vaak gebruik van massamediale campagnes. Door het juiste gebruik van de massamedia ontstaat een draagvlak voor de actie in de community. De massamediale aandacht vormt de 'rode draad' voor activiteiten en campagnes en ondersteunt tal van nevenactiviteiten. De campagne vormt de bedding van het project, geeft bekendheid en vergemakkelijkt het ontstaan van een draagvlak voor de ontwikkeling van bilaterale samenwerking.

Een programma is pas effectief als de boodschap verspreid, geaccepteerd en gebruikt wordt. Het innovatie-diffusiemodel beschrijft de verspreiding (diffusie) van een programma (innovatie). Een innovatie betekent voor de doelgroep een nieuw gedrag of houding. Diffusie is het proces dat zorgt voor het doorgeven van de innovatie via bepaalde kanalen aan de doelgroep. Diffusie komt tot stand door communicatie. Diffusie van innovaties in de community vindt op verschillende manieren plaats. In het geval van de community-benadering draagt het in samenwerking met de doelgroep ontwikkelde programma zorg voor de verspreiding. Hierbij wordt gebruik gemaakt van netwerken en opinieleiders. Dit biedt veel mogelijkheden voor de verspreiding van een innovatie. De theorie suggereert dat het gebruik van massamedia het meest effectief is bij de verspreiding van kennis over de innovatie. Interpersoonlijk contact is het meest effectief bij het veranderen van houding en gedrag (Shea, 1990). Volgens Rogers verloopt het diffusieproces via vier stappen (Rogers, 1983):

- verspreiding van het gedrag (disseminatie);
- aanvaarding van het gedrag (adoptie);
- implementatie;
- gedragsbehoud.

Deze fasen zijn ook terug te vinden in het model van gedragsverandering via voorlichting van Kok.

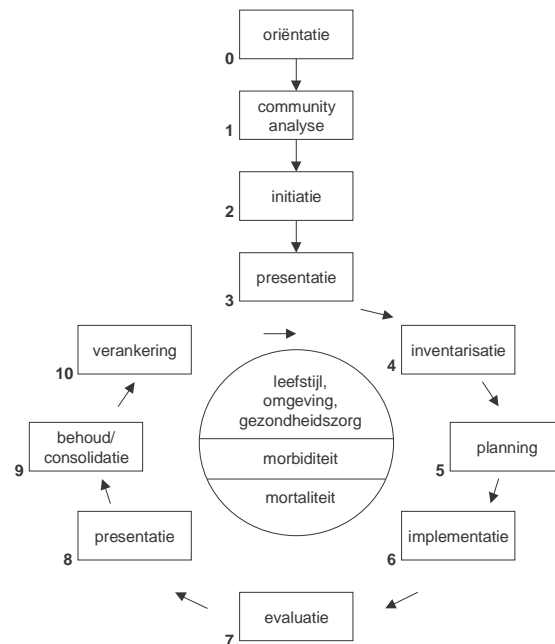
Overname van de innovaties

Binnen de doelgroep, een community, kunnen vijf groepen worden onderscheiden op basis van de mate waarin men geneigd is een innovatie te aanvaarden (Fincham, 1992). Vernieuwers zijn de personen die de vernieuwing zeer snel overnemen. Vervolgens komen de vroege adopters, de vroege meerderheid en de late meerderheid. De 'achterblijvers' nemen het laatst de vernieuwing (gezonde leefstijl) over. Er is sprake van een normale verdeling van innovatiegerichtheid. Dit betekent dat er een grote middengroep is. Het bereiken en overtuigen van de meerderheid kost aanzienlijk meer tijd dan dat van de vernieuwers.

3.2.3 Planningsmodel voor community-programma's; het 10-fasenmodel

Community-organisatie speelt een centrale rol in een community-based project. Voor de samenwerking met de community en de uitvoering van het project is ten behoeve van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een model opgesteld. In dit model zijn verschillende bestaande theorieën en uitgangspunten samen met de ervaringen die reeds opgedaan waren in de eerste maanden van het community-project verwerkt. Van de volgende modellen is gebruik gemaakt: het PRECEDE/PROCEED model voor planning van Green en Kreuter (1993), het

werkmodel voor projectmatig werken (Buitenhuis, 1993), een stappenplan voor lokale gezondheidsbevordering (Brouwer, 1992), een fasenmodel voor het opzetten van een community-project (Bracht en Kingsbury, 1990) en een model voor de opzet van een preventieproject hart- en vaatziekten (De Vent, 1994). Figuur 3.3 geeft het uiteindelijke 10-fasenmodel schematisch weer. In bijlage 2 is een uitgebreide beschrijving van het model opgenomen.



Figuur 3.3 10-Fasenmodel voor planning en verankering van een community-based project

In het 10-fasenmodel is sprake van een cyclisch proces. De fasen van inventarisatie tot en met verankering worden steeds opnieuw doorlopen. Iedere cyclus begint met een inventarisatie en het (opnieuw) formuleren van doelen. De presentatie van de analyse van de (regionale) situatie heeft een feed-forward functie. Het presenteren van resultaten van het project heeft een feed-back functie. De presentaties vinden plaats op verschillende momenten in het project. In het model zijn daarom twee presentatiefases opgenomen.

Fase 0 Oriëntatie

De oriëntatiefase omvat een eerste en open oriëntatie op de community waar het probleem bestaat en op het probleem dat zich voordoet. Het doel van deze fase is

om voeling te krijgen met de thematiek, met mogelijke oplossingen en met de community.

Fase 1 Community-analyse

Een uitgebreide analyse van de lokale situatie vindt plaats in de community-analyse. Deze analyse brengt de lokale gezondheidssituatie en de potentiële doelgroepen in kaart. De analyse omvat zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens, een epidemiologisch onderzoek, een gedragsdiagnose en het opstellen van een sociale kaart. Door deze analyse ontstaat inzicht in mogelijke aangrijpingspunten voor preventie.

Fase 2 Initiatie

In de initiatiefase krijgen de community-structuren vorm. Belangrijk hierbij is het ontwikkelen van draagvlak en het polsen en werven van participanten in de community.

Fase 3 Presentatie

De eerste presentatiefase bestaat uit een verkenning van de regionale en lokale situatie door de initiator en de (potentiële) participanten. Dit leidt eventueel tot bijstelling van de oorspronkelijke community-analyse.

Fase 4 Inventarisatie

De inventarisatiefase is bedoeld om de mogelijkheden voor interventie op een rij te zetten. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn nieuwe activiteiten, bestaande activiteiten, het betrekken van organisaties in de community, het aansluiten bij andere (lokale) initiatieven, specifieke doelgroepen en middelen.

Fase 5 Planning

In de planningsfase vindt prioritering van de mogelijke activiteiten plaats. Dit leidt tot een concreet plan en concrete actiedoelen. In het plan komen financiële middelen, menskracht, samenwerking, tijdsplanning en locatie aan de orde. Het plan wordt geformaliseerd en opgenomen in het lokale beleid.

Fase 6 Implementatie

De implementatiefase is een praktische fase. De uitvoering van activiteiten staat centraal. De verschillende participanten voeren gezamenlijk of afzonderlijk de community-activiteiten uit.

Fase 7 Evaluatie

De evaluatie beoordeelt de implementatie en de daaraan voorafgaande fasen voordat overgegaan kan worden tot behoud en consolidatie. Het betreft een evaluatie van de wijze waarop gewerkt is en als dat mogelijk is een effectmeting.

Fase 8 Presentatie

Participanten krijgen in de tweede presentatiefase, op basis van de evaluatie, inzicht in de eerste resultaten en terugkoppeling op de verrichte inzet. Dit levert inzicht in goede en minder goede onderdelen van het programma. Eventueel leidt dit tot het aanpassen van plannen. Tevens zal het bijdragen aan een goed draagvlak bij de community.

Fase 9 Behoud/consolidatie

In deze fase staat het traject dat moet leiden tot het verankeren van de ontstane samenwerking in de community centraal. Dit levert een consolidatieplan op waarin de consolidatietrajecten zijn uitgewerkt.

Fase 10 Verankering

Verankering betekent het voortbestaan van de samenwerkingstructuren in de community. In deze fase worden de consolidatietrajecten uitgevoerd. Deze fase regelt de noodzakelijke voorwaarden voor verankering, bijvoorbeeld de financiën, de menskracht, het vaststellen van samenwerkingspartners en de vorm van samenwerking (beleidsadviesorgaan, stichting of vereniging).

3.3 Community-benadering

De gevolgen van de ontwikkelingen binnen de gezondheidsbevordering zijn terug te vinden in de aanpak en de opzet van interventies gericht op de verbetering van de gezondheid. Dit leidde tot de ontwikkeling van de zogeheten 'community-based' interventieprogramma's. In deze paragraaf worden kenmerken van de community-benadering beschreven. Eerst komt de theoretische achtergrond aan bod. Vervolgens komen enkele buitenlandse en Nederlandse community-based projecten aan de orde. Tot slot wordt in deze paragraaf ingegaan op relevante theorieën over de community-benadering en gezondheidsvoorlichting.

3.3.1 Theoretische achtergrond community-benadering

Community-benadering mag dan een nieuwe term zijn, de theoretische achtergronden en gebruikte methoden zijn dat in feite niet. In wezen is een community-based project een samenvoeging van verschillende acties die al vaker en eerder uitgevoerd zijn. Alleen de combinatie van deze uiteenlopende activiteiten met daarbij de betrokkenheid van intermediairen en de bevolking zelf

toegepast bij gezondheidszorg en preventie maakt de projecten uniek. Verschillende theorieën en methoden zijn gebruikelijk in bijvoorbeeld GVO, opbouw- en welzijnswerk, educatie, communicatie en sociale organisatie. Juist vanwege de veelvoud aan mogelijkheden is elk community-project verschillend. Zo richt bijvoorbeeld het ene project zich op een specifieke doelgroep en het andere op de gehele bevolking, of ligt bij de een de nadruk meer op de betrokkenheid van de politiek en bij de ander op de betrokkenheid van vrijwilligers. Er bestaat geen basisconcept voor community-based programma's. Op basis van de beschrijvingen van buitenlandse en Nederlandse projecten kunnen de belangrijkste en gemeenschappelijke kenmerken van community-based interventies wel worden benoemd.

Gegevens als basis

Aanleiding tot de interventie is onderzoek of informatie. Op basis van relevante gegevens over gezondheid, bijvoorbeeld ziekte en sterfte, gedrag en gedragsdeterminanten met betrekking tot hart- en vaatziekten ontstaan ideeën voor actie. Naast het belang van gegevens als aanleiding zijn gegevens ook van essentieel belang bij de uitvoering en de opzet van de interventie. Inzicht in de factoren die het gezondheidsprobleem (mede) veroorzaken, zoals gedragsfactoren en biologische, omgevings- en sociaal-culturele factoren, leidt tot een passend programma.

Bevolkingsparticipatie

Een zeer belangrijk kenmerk van de community-benadering is de participatie van leden van de community bij de planning, organisatie en uitvoering van het project. Via participatie gaan mensen zich meer betrokken voelen en ontstaat tevens medeverantwoordelijkheid. Participatie maakt het aan de ene kant mogelijk de al aanwezige deskundigheid in de community optimaal te benutten en aan de andere kant de deskundigheid te vergroten. Bovendien is participatie van belang om het project af te stemmen op lokale gewoonten, mogelijkheden en beperkingen. Orlandi (1991) noemt participatie een middel om de kloof tussen projectmedewerkers en de doelgroep te kunnen overbruggen, wat essentieel is voor de continuering van een project.

Intersectorale samenwerking

Een community-based project is gericht op de gehele community en daarmee op diverse aanwezige organisaties in die community. Dit betreffen zowel organisaties binnen als buiten de gezondheidszorg. Een belangrijk voordeel van deze samenwerking is dat iedere sector een eigen achterban heeft. Dit levert een groot bereik op. Bovendien is iedere organisatie een bron van faciliteiten, deskundigheid, vrijwilligers, financiële middelen en dergelijke. Zo is het mogelijk goed aan te

sluiten bij de bestaande situatie. Uitgangspunt bij de samenwerking is het win-win principe; beide partijen dienen voordeel te hebben bij de samenwerking. 'Shared ownership' is een ander uitgangspunt, hetgeen betekent dat er sprake is van gedeelde verantwoordelijkheid. In de literatuur komt men verschillende begrippen tegen die verwijzen naar intersectorale samenwerking of bevolkingsparticipatie. Sommige begrippen hebben meer betrekking op de participatie van individuen in de bevolking (de uiteindelijke doelgroep), andere begrippen betreffen de samenwerking met de gehele community.

Sociale netwerkbenadering

De verspreiding van informatie vindt zoveel mogelijk plaats via bestaande sociale netwerken. Dit zijn bijvoorbeeld bestaande contacten tussen organisaties en individuen in de community. Zo bereikt de voorlichtingsboodschap veel personen in de community (Steenbakker e.a., 1991). Naast het aanspreken van bestaande sociale netwerken, is het ook belangrijk deze te versterken of uit te breiden. Een boodschap zal meer mensen bereiken indien zowel formele als informele communicatiekanalen gebruikt worden. Met name personen in lagere sociaal-economische strata ontvangen veel informatie via mensen in hun directe sociale omgeving (Rogers, 1983). In sociale netwerken functioneren mensen als sociaal model voor elkaar en oefenen sociale invloed op elkaar uit. Door leden van het eigen netwerk te betrekken in de verspreiding van de informatie kunnen ook zij worden bereikt en zal gedragsverandering eerder optreden (Bandura, 1986; Preston, 1988; Damoiseaux, 1991).

Gerichtheid op de community

De basisgedachte van de community-benadering is dat (gezondheids)gedrag van mensen voor een groot deel door de omgeving wordt bepaald (Thompson en Kinne, 1990). Mensen zijn onderdeel van een systeem (community) en worden hierdoor beïnvloed. Om gedrag te veranderen dient het systeem te veranderen. Thompson en Kinne (1990) omschrijven een community als een groep mensen die zowel waarden, normen als instituties delen, zoals een gemeente, dorp of wijk. Zij zien de community als een systeem bestaande uit individuen, subsystemen of sectoren en relaties tussen sectoren en koepels of netwerken van sectoren. Op basis van deze theorie wordt in figuur 3.4 een schematische voorstelling van de community Zuidoost-Drenthe weergegeven.

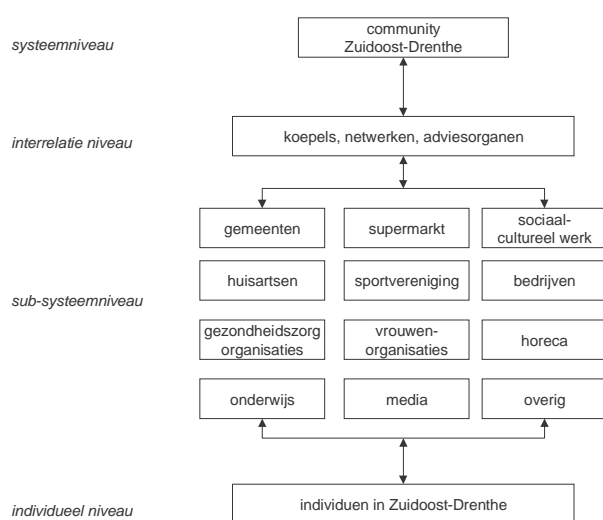
De verspreiding van innovaties gebeurt op verschillende manieren, zowel horizontaal als verticaal en via verschillende kanalen, bijvoorbeeld via massamediale boodschappen en sociale netwerken. Een community-based programma maakt gebruik van netwerken en opinieleiders en is ontwikkeld in samenwerking met de doelgroep.

Gerichtheid op individu, groep en omgeving

Community-projecten zijn niet alleen gericht op het individu, maar ook op de sociale en fysieke omgeving waarbinnen het individu leeft. Een community-project richt zich op de verschillende segmenten, doelgroepen en netwerken in de community. Door deze integrale aanpak worden individuele gedragsveranderingen gemakkelijker gerealiseerd.

Interventiemix

De inzet van verschillende methoden en media (interventiemix) draagt bij aan een groot bereik. Ten aanzien van het veranderen van gedrag bevinden personen in een community zich in verschillende fasen (Prochaska en DiClemente, 1984). Een deel van de bevolking zal nog niet overwogen hebben het gedrag in de gewenste richting te veranderen. Andere hebben dat al wel, maar hebben nog geen actie ondernomen. Zo zijn er ook personen die proberen het gedrag te veranderen, terwijl anderen het gewenste gedrag al langere tijd vertonen. Voor de interventie betekent dit dat personen in verschillende fasen verkeren. Per fase waarin iemand verkeert is specifieke voorlichting nodig. Dit betekent dat het preventieprogramma niet op één (bijvoorbeeld alleen begrip) fase gericht moet zijn, maar op meerdere.



Figuur 3.4 Schematische voorstelling van de community Zuidoost-Drenthe

Een community-based project is in het algemeen niet op één risicofactor of leefstijlaspect gericht, maar op meerdere. De nadruk bij de voorlichting ligt niet op verandering van een gedragsfactor, maar op de algehele leefstijl. Het aanpakken van meer risicofactoren (gedragingen) van één ziekte is effectiever dan het aanpakken van één risicofactor. Tevens zijn veel risicofactoren aan elkaar gerelateerd.

3.3.2 Buitenlandse community-based projecten

Vanaf de jaren zeventig zijn in het buitenland community-based programma's uitgevoerd. De internationale literatuur spreekt over drie generaties community-based preventieprojecten. De eerste generatie bestaat uit projecten die zich kenmerken door de nadruk op promotie en het verkrijgen van ervaring met de community-based werkwijze. Deze projecten richtten zich op de preventie van hart- en vaatziekten. Het North Karelia Project in Finland, de Stanford Three Communities Study in de Verenigde Staten en het CHAD Program in Israël behoren tot de eerste generatie. Naar aanleiding van de goede ervaringen met deze aanpak heeft de WHO in 1974 het Comprehensive Cardiovascular Community Control Program (CCCCP) geïnitieerd. Het doel van dit programma was tweeledig. Het doel was om landen en steden te helpen bij het opzetten van community-based projecten en daarnaast om door standaardisatie van de methode te kunnen leren van deze aanpak. Finland, Duitsland (West en Oost), Hongarije, Italië, Noorwegen, Zwitserland en het toenmalige Rusland en Joegoslavië participeerden in het CCCCCP. Dit leidde tot een groot aantal tweede generatie projecten. Deze projecten zijn over het algemeen groter van opzet en zijn uitgebreider geëvalueerd. Ook deze projecten richtten zich op de preventie van (risicofactoren van) hart- en vaatziekten. Bekende grote projecten zijn het Stanford Five-City Project, het Minnesota Heart Health Program en het Pawtucket Heart Health Program. De derde generatie community-projecten zijn projecten waarin meer aandacht uitgaat naar specifieke subgroepen in de community en de implementatie van de activiteiten. Tevens ontstaan er veel initiatieven die zich richten op het implementeren van lokale gezondheidsbevorderingsinitiatieven op andere terreinen, zoals verslavingszorg, AIDS preventie, aanpak van overlast door geweld en projecten in achterstandswijken en arme of derdewereld landen. Natuurlijk zijn er ook allerlei tussen- en mengvormen. De eerste community-based projecten in Nederland dateren van eind jaren tachtig. De belangstelling voor deze benadering bij op gedragsverandering gerichte interventies nam daarna steeds meer toe. Hieronder zijn in het kort enkele kenmerken van de meest invloedrijke eerste en tweede generatie community projecten beschreven.

North Karelia Project

Het North Karelia Project in Finland (1972-1987) is het eerste grootschalige community-based programma ter preventie van hart- en vaatziekten (Puska, 1976). In dit project is gebruik gemaakt van massacommunicatie en interpersoonlijke communicatie. De sociale leertheorie van Bandura (Bandura, 1977), het 'communication persuasion model' van McGuire (McGuire, 1969), de aanpassing hierop van Flay (Flay, 1981), het 'belief-attitude-intention' model van Ajzen en Fishbein (Ajzen and Fishbein, 1975) en het 'diffusiemodel' van Rogers (Rogers, 1983) vormden de theoretische achtergrond van dit project. Het programma was gericht op de bevolking van de gehele regio met mannen van middelbare leeftijd als speciale doelgroep. Door middel van verschillende interventies is geprobeerd de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten terug te dringen. De volgende interventiemethoden zijn gehanteerd:

- verspreiden van informatie;
- overtuigen van mensen;
- training;
- sociale steun;
- veranderen van de omgeving.

Bij de voorlichting is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande lokale structuren op sociaal- en gezondheidsgebied en is de nadruk gelegd op primaire preventie door reductie van risicofactoren (Puska, 1984). Het verminderen van de verschillende risicofactoren voor hart- en vaatziekten werd vertaald in subdoelen. Na vijf jaar was het geschatte risico op ischemische hartziekten in de experimentele regio met 17% en 12%, respectievelijk voor mannen en vrouwen, meer gedaald ten opzichte van de gemeten daling in de controleregio. Er werd minder gerookt en het cholesterolgehalte en de bloeddruk daalden significant (Puska e.a., 1981; Salonen e.a., 1983). Na tien jaar werd bovendien een daling in sterfte aan ischemische hartziekten gemeten (Salonen e.a., 1983).

Stanford Five City project

Het Stanford Five City Project was onderdeel van het Stanford Heart Disease Prevention Program. Het werkmodel dat gehanteerd werd was eveneens gebaseerd op de sociale leertheorie van Bandura en het model voor gedragsverandering van Fishbein en Ajzen. De werkwijze was verder gebaseerd op het communication persuasion model van McGuire en het adoptie diffusiemodel van Rogers en Schoemaker (Shea, 1990). Het Stanford Five City programma ging uit van de volgende veronderstellingen:

- de effecten van massamediale voorlichting nemen toe door community-organisatie;

- interpersoonlijke beïnvloeding kan worden versterkt door community-organisatie;
- organisaties in de community kunnen het systeem van aanbieder van het voorlichtingsprogramma vergroten;
- organisaties in de community kunnen het proces van acceptatie van preventieprogramma's bevorderen;
- 'community-organisation' wordt versterkt door programma's te richten op groepen die zich bezig houden met gezondheidsvoorlichting en -bevordering (Shea, 1990).

In vijf steden in Californië werd van 1983 tot 1988 het effect onderzocht van community-based preventie op de risicofactoren voor hart- en vaatziekten en de daaraan gerelateerde mortaliteit. In twee steden werd een voorlichtingsprogramma opgezet dat gebruik maakte van massamediale en persoonlijke voorlichting (bijvoorbeeld via school). Drie andere steden fungeerden als controlegroep in de evaluatie. Er waren vijf jaarlijks terugkerende programma's gericht op verlaging van het serumcholesterolgehalte, behandeling van hypertensie, terugdringen van het aantal rokers, gewichtscntrole en verhoging van de lichamelijke activiteit. De netto effecten van de interventie waren: 2% verlaging van serumcholesterol, 4% verlaging van de bloeddruk en 13% afname van het aantal rokers.

Minnesota Heart Health Program

Het Minnesota Heart Health Program was een onderzoeks- en demonstratieproject dat gericht was op daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten in drie steden in de Verenigde Staten. Subdoelen van dit project waren bewustwording, gedragsverandering en het terugdringen van risicofactoren. Tussentijdse onderzoeksresultaten wezen op een afname van het cholesterolgehalte en een vermindering van het gebruik van verzadigde vetten (Bracht e.a., 1986). Bij het Minnesota Heart Health Program was er sprake van een educatief programma dat met een hoge intensiteit werd uitgevoerd over een periode van vijf jaar. Voordat het project van start ging is een community-analyse uitgevoerd. Het programma bevatte niet alleen onderdelen die op voorlichting en educatie gericht waren, maar tevens aspecten van verandering van de sociale omgeving. In het programma werd over gezondheidsboodschappen gecommuniceerd met behulp van zeven strategieën (Shea, 1989):

- actieve betrokkenheid van de leiders van de bevolking en haar organisaties;
- voorlichting en educatie, met gebruik van de media;
- risicoscreening en educatie van de bevolking;
- volwasseneneducatie;
- jeugd- en oudervoorlichting en opvoeding, uitgevoerd op school;
- voorlichting en scholing van professionals in gezondheidszorg;
- voorlichtings- en educatieprogramma's over risicofactoren die op de gehele community gericht zijn.

In het Minnesota Heart Health Programma is naast voorlichtings- en opvoedingsstrategieën ook gepoogd invloed via de sociale omgeving uit te oefenen, bijvoorbeeld via het labellen van producten in supermarkten en via menu's in restaurants. In het Minnesota Heart Health Programma is gewerkt vanuit een twee fasen en vier stappen model (Carlaw, 1984). De eerste fase was gericht op het ontwikkelen van een algemeen besef bij de bevolking omtrent de problematiek van hart- en vaatziekten en het meest elementaire gedrag dat hiermee verband houdt. De tweede fase legde de nadruk meer op het 'uitproberen' van ander gedrag, op vaardigheden en op het uiteindelijk vasthouden van het veranderde gedrag. Deze fasering is ook in het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' toegepast.

Pawtucket Heart Health Program

Het Pawtucket Heart Health Program werd uitgevoerd gedurende de jaren 1980-1991 (Carleton, 1995). Het feitelijke preventieproject startte in 1982. De doelgroep voor dit project vormden de 71.000 inwoners van een voornamelijk 'blue-collar' stad. Een vergelijkbare regio werd gebruikt in de evaluatiestudie. In het programma was de essentiële interventiestrategie het mobiliseren van actieve betrokkenheid van de bevolking, zowel bij de planning, de implementatie, de evaluatie als het management. De risicofactoren waar men zich op richtte waren: roken, cholesterol, beweging, bloeddruk en lichaamsgewicht. Bij de uitvoering van het programma werden de volgende fasen onderscheiden:

- promotie, beïnvloeding en motivering;
- vaardigheidstraining met betrekking tot de risicofactoren;
- ontwikkeling van een ondersteunend netwerk;
- behoud en feedback.

Deze fasen werden gekoppeld aan de fasen uit de theorie van gedragsverandering. Het programma richtte zich op het individu, de groep, de organisatie en de community. Per risicofactor werden afzonderlijke campagnes uitgevoerd (Shea, 1989).

Heartbeat Wales

Heartbeat Wales is een voorbeeld van een tweede generatie project. Het project startte in 1985 als een demonstratieproject. De activiteiten waren gericht op cholesterol, hypertensie, roken, beweging en stress. In samenwerking met 'district health authorities' werd het programma opgezet. Ook in dit project werd met verscheidene instanties samengewerkt. In elke county (regio) werd een Heart Action team opgericht. Deze hield zich bezig met de planning, de implementatie en de evaluatie van de lokale activiteiten. In het programma werd een consequente huisstijl gehanteerd. Het programma bestond onder meer uit een grootscheepse

(massamediale) publiekscampagne en training van vrijwilligers voor het begeleiden van activiteiten. In projecten werd aangehaakt bij de wens van mensen om af te vallen. Er was een mobiele tentoonstelling en mensen konden hun bloeddruk of cholesterol laten meten of een fitheidstest doen. In het project werd onder andere samengewerkt met supermarkten, sportkantines, pubs en restaurants. Met een sportcentrum werd een project opgezet om de drempel voor deelname te verlagen. De evaluatie was gericht op de haalbaarheid van de voorgestelde activiteiten, het bereiken van de doelstellingen, een kosten-effectiviteitsanalyse en op generalisatiemogelijkheden. De eindevaluatie vond in 1992 plaats. Uit de onderzoeksresultaten bleek onder meer dat 39% van de bevolking gezonder was gaan eten, 20% meer was gaan bewegen en 7% met roken was gestopt. Een tekortkoming in de evaluatie van het project is het ontbreken van een controlegroep (Smail en Parish, 1989).

Overige community-based preventieprojecten

Naast de hierboven beschreven projecten zijn er vele andere interventies uitgevoerd. In het schema in bijlage 1 is een overzicht opgenomen van een groot aantal community-based projecten waarover in de afgelopen 30 jaar is gepubliceerd, gespecificeerd naar een aantal kenmerken en resultaten van deze projecten.

3.3.3 Nederlandse community-based preventieprojecten

Ook in Nederland werden voorafgaand aan het project in Zuidoost-Drenthe enkele community-based preventieprojecten uitgevoerd. Hieronder wordt kort ingegaan op de drie belangrijkste interventies in Nederland.

Gezond Bergeyk

Ondanks het feit dat het project Gezond Bergeyk zich niet richtte op het voorkomen van hart- en vaatziekten verdient het toch aandacht in dit hoofdstuk. Het is namelijk het eerste grote community-based project dat in Nederland is uitgevoerd. Het project startte in 1989 en werd afgesloten in 1991. Het project had tot doel reductie te bewerkstelligen in de prevalentie van de vier aan kanker gerelateerde risicofactoren, te weten roken, hoge vetconsumptie, excessief alcoholgebruik en het gebruik van solaria. Het project maakte gebruik van gezondheidsvoorlichting en de community-based werkmethoden. In het project werd gewerkt met een lokale projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende sectoren in de community. Het project resulteerde in een verminderde vetconsumptie. De andere gedragsfactoren, te weten roken, alcoholgebruik en solariumgebruik gaven geen verbetering te zien (Van Assema, 1993).

Let op Vet Alkmaar startte in 1992. Het doel van het project was om kennis en aandacht te geven aan het belang van een minder vette voeding. Het was een community-based project en duurde negen maanden. Het project heeft geen positieve veranderingen gerealiseerd in aandacht, kennis en houding ten aanzien van minder vet in de voeding. Wel werd een geringe daling in de vetconsumptie waargenomen. Deze verschuiving was niet dusdanig groot dat een blijvende vermindering in de gemiddelde vetconsumptie van de totale doelgroep waarschijnlijk werd geacht (Hardeman, 1993).

Hartslag Limburg

In juni 1998 is het preventieproject 'Hartslag Limburg, samen gezond' gestart. Dit project is een grootschalig regionaal samenwerkingsproject gericht op de preventie van hart- en vaatziekten. In het project wordt een populatiebenadering, gericht op grote groepen via openbare kanalen, met een hoogrisico-benadering via het medische circuit gecombineerd. In het hoogrisico-project worden patiënten opgespoord met een bekend hoog risico, zij krijgen vervolgens individuele begeleiding en advisering. Het community-project bestaat uit een serie uiteenlopende activiteiten welke in samenwerking met een groot aantal partners worden uitgevoerd. Binnen dit deel van het project zijn negen werkgroepen opgericht waarin vertegenwoordigers zitten van de doelgroep en organisaties in wijk of buurt (Ronckers, 2001; VTV, 2002 b).

Tussentijdse resultaten laten zien dat in het hoogrisico-project meer dan 2.500 personen zijn ingestroomd. Uit de eerste analyses blijkt dat het overgrote deel van de patiënten tevreden is over de geleverde ondersteuning. In de eerste twee jaar van het community-project zijn meer dan 250 activiteiten uitgevoerd in de regio. Veel is aangehaakt bij landelijke campagnes. Evaluatie van het project na tweeënhalf jaar toonde aan dat alleen wat betreft de vetinname een verschil werd gevonden ten gunste van de experimentele regio. Wat betreft beweging en roken werden er (vrijwel) geen effecten gevonden. Geconcludeerd werd dat het project 'enkele veelbelovende resultaten heeft bereikt. Echter de bestaande seculaire trend tot gezonder gedrag, de minder dan optimale, maar nog steeds toenemende, hoeveelheid, kwaliteit en diffusie van interventieactiviteiten, en de beperkingen in het onderzoeksdesign, hebben verhinderd dat overtuigender resultaten tot stand kwamen dan wel konden worden aangetoond' (Ronda, 2003; Ronda ea, 2004).

3.3.4 Verwachtingen van community-based preventieprojecten

De eerste resultaten van de community projecten in de jaren tachtig waren veelbelovend. Studies gaven aan dat de effecten van de gangbare interventies op het gedrag doorgaans laag waren aangezien deze onvoldoende rekening hielden met sociale, psychologische en demografische factoren die de individuele

beslissingen tot overname van gezond gedrag beïnvloeden (Fincham, 1992). Daarnaast wees onderzoek uit dat de voorlichting vaak niet de mensen bereikt die deze het meeste nodig hebben (Jonkers e.a., 1988; Kok, 1992). Evaluaties van de eerste buitenlandse community projecten in de zeventiger en tachtiger jaren toonden gunstiger resultaten aan van deze aanpak (Puska, 1984; Bracht en Kingsbury, 1990; Fincham, 1992). Ook de WHO pleitte ervoor om bij de uitvoering van concrete programma's gericht op hart- en vaatziekten de community-benadering als strategie te hanteren. Gesteld werd dat bevolkingsparticipatie, het aanpakken van meerdere thema's of risicofactoren en het zoveel mogelijk gebruiken van bestaande lokale structuren op sociaal- en gezondheidsgebied belangrijk zijn.

In de studie van Kanters en Ledekerken (1989) is een aantal buitenlandse community-based projecten onderzocht en is nagegaan wat deze tot een succes maakten. De volgende aspecten bleken van groot belang te zijn bij de verklaring van de buitenlandse successen:

- het uitvoeren van community-analyse en opstellen sociale kaart van de community;
- het vaststellen van een invoerings- of veranderingsstrategie;
- de participatie van de bevolking;
- een redelijk homogene community;
- de inbreng van hulpverleners;
- de combinatie van interventies;
- de rol van de overheid (sterke ondersteuning);
- de ondersteuning door wetenschappelijk onderzoek;
- de integratie van vernieuwing in bestaande structuren en in dagelijkse activiteiten van betrokkenen: van begin af aan voorwaarden scheppen voor overdracht van vernieuwingen;
- de verspreiding van vernieuwing naar andere locaties.

Zij concludeerden dat de community-benadering voldoende perspectieven bood voor de Nederlandse praktijk. Ook het toenmalige ministerie van WVC stimuleerde, in navolging van succesvolle buitenlandse projecten, de ontwikkeling van community-strategieën die in eigen land een substantiële bijdrage konden leveren aan de volksgezondheid. Uit oogpunt van kosten, effectiviteit en geringe kans op onnodige medicalisering verdiende deze strategie eveneens de voorkeur (Cliné en Smid, 1992). De kans op een structurele inbedding van de activiteiten, en daarmee de kans op continuering van aandacht voor verandering van gedrag na afloop van een project, werd groter geacht, naarmate een community meer controle heeft over de georganiseerde activiteiten (Chans, 1989).

Na de aanvankelijke positieve resultaten van community-based projecten werden later minder gunstige resultaten beschreven. Projecten, uitgevoerd in de periode van 1980 tot eind jaren negentig, hebben vergelijkbare resultaten: er worden geen netto effecten aangetoond in veranderingen van risicofactoren tengevolge van de

interventie (Nutbeam, 1993; Luepker e.a., 1994; Young, 1996; Baxter, 1997; Ebrahim, 1997, 1998; Tudor-Smith, 1998; Sorensen, 1998; Campbell, 2000; Rowley, 2000; Berkowitz, 2001). Een meta-analyse van studies van community-based projecten (Sellers e.a., 1997) toonde aan dat vooral de wijze van evaluatie de mate van effect bepaalt en dat de interventie slechts in geringe mate verantwoordelijk is voor de gevonden resultaten. Ook Nederlandse projecten geven min of meer eenzelfde beeld. De community-aanpak bevalt goed (Hardeman e.a., 1993; Van Assema, 1993; Van der Knaap, 1993) maar er is geen overtuigend bewijs van effectiviteit gevonden wat betreft gedragsverandering of het verminderen van hart- en vaatziekten.

3.4 Slot

In dit hoofdstuk is stilgestaan bij theorieën van gedragsverandering en de ideeën over community-based preventie, welke bij de start van het project in Zuidoost-Drenthe gangbaar waren. Zoals is aangegeven bestonden er hoge verwachtingen over de resultaten van community-based voorlichting. Vanuit deze gedachte is het project opgezet en gestart. Het project in Zuidoost-Drenthe werd als voorbeeldproject gezien, waarmee informatie kon worden verkregen die zou bijdragen aan de discussie over het gebruik van de 'nieuwe' interventiestrategie. Kort na de start van het interventieproject in Zuidoost-Drenthe werd uit de resultaten van nieuw effectonderzoek van buitenlandse projecten duidelijk dat community-based projecten minder goede resultaten hebben dan oorspronkelijk werd gedacht. In de beschouwing zal naast de effect- en procesbeschrijving van het project in Zuidoost-Drenthe ook worden ingegaan op recente informatie over community-based projecten.

4 Opzet en uitvoering van het project

Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!

Na het in kaart brengen van de bestaande hart- en vaatziektenproblematiek in de regio Zuidoost-Drenthe (hoofdstuk 2) en de bestudering van de mogelijkheden en werkwijze van preventie en community-based werkmethoden in het bijzonder (hoofdstuk 3) zijn de uiteindelijke plannen voor het project ontwikkeld. In dit hoofdstuk wordt uitgebreid stil gestaan bij de opzet en uitvoering van het community-based preventieproject 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' in de praktijk.

4.1 Doelstelling van het preventieproject

Op basis van het vooronderzoek, de aanleiding tot het project en een determinantenanalyse zijn twee doelen van het preventieproject opgesteld (Bokma, 1992; De Vos, 1991, 1992; Bokma e.a., 1994). De volgende paragrafen lichten de twee doelstellingen toe.

4.1.1 Eerste doelstelling

Doelstelling 1

De bevordering van een gezonde leefstijl bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe teneinde een bijdrage te leveren aan een daling van de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten.

Bij aanvang van het project werd aangenomen dat niet kon worden verwacht dat binnen de projectperiode een daling in morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten zou worden bereikt. Ook gedragsverandering op bevolkingsniveau, na een periode van de in eerste instantie geplande duur van het project, tweeënhalf jaar, werd een te hoog gegrepen doel geacht, dit mede gezien de ervaringen van andere leefstijlprojecten. Het project richtte zich daarom op het in gang zetten en het bevorderen van een leefstijlverandering, waarbij het model van gedragsverandering via voorlichting (Kok, 1985) als basis diende. Verwacht kon worden dat na tweeënhalf jaar de aandacht voor het hart- en vaatziektenprobleem is toegenomen, evenals de kennis over de risicofactoren van deze ziekte. Mogelijk zou een beginnende attitudeverandering kunnen worden waargenomen.

De subdoelen voor de promotie van een gezonde leefstijl zijn de volgende:

- het bereiken van aandacht voor het project en de vier projectthema's: voeding, beweging, roken en stress;
- een vergroting van kennis over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten;
- een positieve ontwikkeling in de attitude ten opzichte van een gezonde leefstijl.

Deze subdoelstellingen zijn in de acht jaar dat het project heeft geduurd bijgesteld (Bokma e.a., 1994; De Vries e.a., 1995, 1997, 2000). In paragraaf 4.5 wordt ingegaan op de specifieke subdoelstellingen die in de verschillende perioden van het project nagestreefd werden.

Bepaling projectthema's

Op basis van de beschrijving van de problematiek, de risicofactoren en de achtergrondvariabelen zijn mogelijkheden voor beïnvloeding van de risicofactoren onderzocht. Uit de beschrijving van de risicofactoren blijkt dat een gezonde leefstijl zowel direct als indirect een grote invloed heeft op het risico op hart- en vaatziekten. Door verandering van de leefstijl kunnen personen zelf het risico beïnvloeden. Van de risicofactoren zijn de pathofysiologische factoren en leefstijlfactoren beïnvloedbaar via programma's die zich richten op gedragsverandering. Een aantal leefstijlfactoren (roken, lichamelijke inactiviteit) zijn zowel rechtstreeks als via pathofysiologische factoren van invloed op het ontstaan van hartaandoeningen. Pathofysiologische factoren vormen in etiologische zin de belangrijkste categorie, deze factoren zijn namelijk door het individu via het aanpassen van de leefstijl zelf te beïnvloeden. Preventie kan bij dit proces een rol spelen.

Hypertensie

Uit de beschrijving van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten blijkt dat een verhoogde bloeddruk samenhangt met roken, voeding, overgewicht, lichamelijke inactiviteit en stress. Activiteiten gericht op het verminderen van roken, het verminderen van lichaamsgewicht, een betere voeding en meer ontspanning kunnen bijdragen aan een verbetering van de bloeddruk uit oogpunt van de preventie van hart- en vaatziekten.

Hypercholesterolemie

Om een daling van het cholesterolgehalte in het bloed te bewerkstelligen zijn er twee preventiemogelijkheden die verband houden met de leefstijl. Dit zijn goede voeding gericht op minder vetconsumptie en lichaamsbeweging. De preventiemogelijkheden worden bij de risicofactoren hieronder beschreven.

Voeding

Voeding is van invloed op de pathofysiologische risicofactoren voor hart- en vaatziekten: de bloeddruk, het cholesterolgehalte in het bloed en overgewicht. Het veranderen van voedingsgedrag door middel van voorlichting is niet eenvoudig.

Naast het feit dat het voedingspatroon vaak een vaste gewoonte is, spelen tevens factoren als smaak, bereidingsgemak, prijs en verkrijgbaarheid een rol. Vanwege deze complexiteit kan voedingsvoorlichting zich op tal van aspecten richten: kennisvergroting van vetsoorten en vetpercentages, bewuster worden van de eigen vetconsumptie, betere verkrijgbaarheid en herkenning van minder vette producten, minder vette bereidingswijzen en laten proeven van minder vette producten. De Voedingsraad heeft richtlijnen samengesteld voor een goede voeding. Om de aandacht te trekken voor producten en meer inzicht te geven in het vetgehalte van producten kan bijvoorbeeld goed gebruik worden gemaakt van labeling. Aangenomen wordt dat het presenteren of tonen van producten met een hoog en laag vetgehalte bij zal dragen aan een beter inzicht in het vetgehalte van producten. Uit het vooronderzoek bleek dat er vooral veel behoefte bestaat aan schriftelijke informatie over gezond eten.

Beweging

Bewezen is dat lichamelijke activiteit het voorkomen van hart- en vaatziekten kan verminderen (Morris, 1994). Niet precies bekend is welke hoeveelheid lichamelijke activiteit nodig is om het risico te verminderen. Voor wat betreft de indirecte beïnvloeding van het risico op hart- en vaatziekten wordt verondersteld dat de hoeveelheid lichamelijke activiteit van belang is (Bokma, 1992). Bewegingsvormen die geadviseerd worden zijn stevig wandelen, joggen, zwemmen, fietsen en aerobics (Åstrand, 1986). Voor het stimuleren van lichaamsbeweging kan in eerste instantie het beste ingespeeld worden op de hoeveelheid lichaamsbeweging. Op individueel niveau kan eventueel later meer aandacht gegeven worden aan de intensiteit (Bijnen, 1991). Gezien het grote aantal personen met een verhoogd risico en het niet duidelijk kunnen onderscheiden van lichamelijke inactiviteit als risicofactor, wordt aanbevolen om preventie van lichamelijke inactiviteit als risicofactor voor hart- en vaatziekten te richten op de gehele bevolking en extra aandacht aan ouderen, laag opgeleiden en uitkeringsgerechtigden te schenken. Uit vooronderzoek (Bokma, 1992) bleek dat 56% van de bevolking in Zuidoost-Drenthe een verhoogd risico had op hart- en vaatziekten als gevolg van lichamelijke inactiviteit.

Roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Door te stoppen met roken is het risico op hart- en vaatziekten na 15 jaar bijna gelijk aan dat van personen die nooit gerookt hebben (Stichting Volksgezondheid en Roken, 2004). Uit onderzoek (De Vos, 1992) bleek dat er een grote groep (67%) rokers is die erover denkt te stoppen met roken. Deze groep rokers moet tot actie worden aangezet door voorlichting over voor- en nadelen, sociale steun en eigen effectiviteit (Kok, 1993). Zij zijn vaak wel overtuigd van de voordelen van stoppen met roken, maar schatten de kans dat stoppen met roken zal lukken als laag in (De Vries, 1993). Dit gegeven komt overeen met de resultaten van het vooronderzoek: de attitude is in het algemeen positief, maar de eigen effectiviteit is laag. De

voorlichtingsinterventie zou hiermee in eerste instantie vooral gericht moeten zijn op het verhogen van de eigen effectiviteit. Dit kan onder meer door mensen te wijzen op de diverse mogelijkheden om te stoppen met roken en door de vaardigheden hiertoe te vergroten. Uit het vooronderzoek bleek dat van de rokers in Zuidoost-Drenthe 67% een positieve intentie had om te stoppen met roken, 24% gaf aan ook te kunnen stoppen met roken, 27% dacht dit niet te kunnen en 49% wist het niet (De Vos, 1992).

Stress

Stress heeft indirect invloed op het risico voor hart- en vaatziekten. Op het gebied van leefstijl zijn er verschillende vormen van preventie mogelijk. Voorlichting over stresspreventie kan zich richten op personen en op de leefomgeving. Mensen kunnen leren om stress te herkennen en vervolgens beter te hanteren. Er bestaan vele verschillende ontspanningsmethoden waar de bevolking op gewezen kan worden. Stress is direct te beïnvloeden door de persoon zelf door het aanleren van vaardigheden om stress te hanteren en door ontspanning. Ontspanning is zowel mogelijk op een actieve als op een passieve manier. Een actieve manier van ontspanning is bijvoorbeeld sporten, terwijl een voorbeeld van een passieve manier het lezen van een boek is. Een combinatie van stresshantering en ontspanning is mogelijk door bijvoorbeeld yoga. Daarnaast is stress indirect te beïnvloeden door maatregelen in de omgeving. Maatregelen in de woon- of werkomgeving kunnen stressoren wegnemen, wat de kans op het ontstaan van stress bij een bepaalde persoon vermindert. Voor werknemers kan dan bijvoorbeeld gedacht worden aan maatregelen binnen een bedrijf met betrekking tot de arbeidsinhoud, omstandigheden, voorwaarden of verhoudingen (Grundeman, 1990). Vaak is de wijze waarop (in bedrijven) aandacht aan stress wordt besteed vooral gericht op individuele gevallen en minder op een structurele aanpak van de oorzaken zelf.

Op basis van bovenstaande inventarisatie is ervoor gekozen dat het project zich specifiek richt op de vier leefstijlfactoren voeding, beweging, roken en stress.

4.1.2 Tweede doelstelling

Doelstelling 2

De ontwikkeling van een community-based interventiemodel ter preventie van hart- en vaatziekten.

De World Health Organization (WHO) pleit al enige jaren voor de community-benadering als strategie bij de preventie van hart- en vaatziekten. In het buitenland is er al veel ervaring opgedaan met grootschalige community-based gezondheidsprojecten. In Nederland bestond aan het begin van de negentiger jaren nog weinig ervaring hiermee. Het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'

zou, als voorbeeldproject, moeten bijdragen aan de kennis over de uitvoering van een community-based interventie programma. Door het project zou een community-based interventiemodel voor de preventie van hart- en vaatziekten dat rekening houdt met de Nederlandse situatie ontwikkeld kunnen worden. Het project in Zuidoost-Drenthe kende de volgende subdoelen:

- invoering van een doeltreffend systeem om de bevolking en organisaties te betrekken bij de beleidsplanning en -ontwikkeling met betrekking tot een gezonde leefstijl;
- het creëren van een breed draagvlak bij inwoners en organisaties in Zuidoost-Drenthe binnen en buiten de gezondheidszorg;
- het ontwikkelen van een organisatiestructuur die kans biedt op continuïteit na afloop van de gesubsidieerde projectperiode;
- het ontwikkelen van strategieën en het stimuleren tot de ontwikkeling van strategieën voor de bevordering van een gezonde leefstijl, hierbij rekening houdend met specifieke omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten; preventie op maat.

4.2 Doelgroep

Het project ‘Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!’ kende een combinatie van een populatiebenadering met een specifieke benadering van enkele subgroepen. Bij een community-based project bestaat in principe de doelgroep uit alle leden van de community, alle inwoners uit de wijken en dorpen in Zuidoost-Drenthe. In het project is daarnaast een aantal doelgroepen onderscheiden die extra aandacht verdienden. Dit waren:

- jongeren, in verband met de te behalen gezondheidswinst;
- mannen, in verband met het hoge risico op hart- en vaatziekten;
- personen met een lage sociaal-economische status, in verband met het hoge risico op hart- en vaatziekten.

Voor de specifieke doelgroepen is gekozen omdat uit beschrijving van andere projecten bekend was dat er goede ervaringen waren met specifieke doelgroepen. Voor jongeren werd gekozen vanuit de gedachte dat indien op jonge leeftijd een goede basis gelegd wordt voor gezond gedrag dat op latere leeftijd gemakkelijker wordt vastgehouden (Nederlandse Hartstichting, 1986; Janssen, 1992). Voor de doelgroep mannen werd gekozen vanwege de hoge prevalentie van hart- en vaatziekten bij deze groep in de regio Zuidoost-Drenthe. Voor de doelgroep personen met een lage sociaal-economische status is gekozen aangezien bekend is dat sociaal-economische status samenhangt met het vaker voorkomen van minder gunstige leefgewoonten en met hart- en vaatziekten (Mackenbach, 1991; 1994).

4.3 Voorbereidingen

Het project is opgezet als antwoord op de resultaten uit het vooronderzoek, namelijk de relatief hoge sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe. Een tweede reden om het project op dat moment te starten was de beëindiging van het Pretensieproject. In dit project is gedurende ruim twee jaar samengewerkt tussen huisartspraktijken en GGD'en op het gebied van hart- en vaatziekten. In dit project was het onvoldoende mogelijk geweest aandacht te besteden aan preventie. Om de verkregen kennis en contacten niet verloren te laten gaan is gezocht naar mogelijkheden om de preventie van hart- en vaatziekten in de regio op een andere wijze voort te zetten. Aansluitend bij de veranderende ideeën over gezondheidsbevordering in Nederland en buitenland en de resultaten van buitenlandse community-projecten ontstonden de plannen voor een community-based project in Zuidoost-Drenthe.

Als eerste is een (globaal) projectplan opgesteld. Dit plan vormde de basis voor de subsidieaanvraag en voor de eerste uitvoering van het project. Informatie uit de determinantenanalyse gaf aan welke de meest geschikte activiteiten zouden zijn om de gewenste gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen. Leefstijlfactoren (gedrag), de lokale problematiek van hart- en vaatziekten, de wijze waarop contacten met instellingen vorm zouden krijgen, het mediagebruik en achtergrondvariabelen, zoals leeftijd en geslacht, moesten nog in kaart worden gebracht. Het plan is gebaseerd op theorieën voor gedragsverandering en beïnvloeding die ook aan buitenlandse community-based projecten ten grondslag lagen. Gebruikt zijn onder andere: het integratiemodel van attitude en verandering van Flay, het model voor gedragsverandering via voorlichting van Kok, het informatie-proces-model van McGuire en de theorieën van Flay over het gebruik van massamediale programma's. Bij de ontwikkeling van plannen voor het project is sterk gekeken naar Heartbeat Wales en het Minnesota Heart Health Program. Het project in Wales is door een medewerker van de GGD bezocht. De community-benadering zou worden vormgegeven door de bevolking en organisaties te betrekken bij de opzet van activiteiten. Hierbij werd in de eerste plaats gedacht aan organisaties met een regionale bekendheid. Het project zou hiermee een eigen 'Drents karakter' krijgen. In september 1990 heeft het toenmalige ministerie van WVC subsidie toegekend aan het project.

4.4 Fasering van het project

Het project startte in mei 1991 en heeft acht jaar geduurd. Oorspronkelijk zou het project tweeënhalf jaar duren. Vanwege het belang dat werd gehecht aan het project en de eerste ervaringen met de methode in de eerste projectperiode is de duur met extra periode's verlengd tot acht jaar. In tabel 4.1 wordt het verloop en de verschillende fasen van het uiteindelijke project weergegeven.

Tabel 4.1 Fasering van de interventie en de evaluatie van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'

Periode	eerste periode 1991 - 1993	overbrugging 1993 - 1994	tweede periode 1994 - 1996	derde periode 1997 - 1999
Kenmerk interventie	ontwikkeling activiteiten en draagvlak, start projectgroepen	-	nadruk intersectorale groepen	implementatie en afronding ondersteuning projectgroepen
Evaluatiemeting	t=0 t=1		t=2	t=3

In de eerste projectperiode lag de nadruk op de ontwikkeling van het project, het bekend maken van het project, het ontwikkelen van draagvlak in de community en het opzetten en uitvoeren van preventieactiviteiten. De projectmedewerkers van de GGD hebben in eerste instantie zelf veel activiteiten opgezet en uitgevoerd. Deze activiteiten waren gericht op de hele regio Zuidoost-Drenthe. Geprobeerd werd de vier projectthema's onder de aandacht te brengen. Veel activiteiten zijn ontwikkeld en uitgeprobeerd in de regio. Nieuwe activiteiten zijn geëvalueerd. In de eerste periode zijn de eerste gemeentelijke projectgroepen opgericht. Een aantal groepen voerde aan het eind van deze periode al zelfstandig activiteiten uit.

Tegen het einde van de eerste periode werd duidelijk dat het project goed aansloeg in de regio. Aangezien het meer tijd had gekost om de samenwerkingsstructuren op te zetten en het project 'op gang' te krijgen, werd getracht subsidie te verkrijgen voor een vervolg. Van de beoogde subsidiegever werd in afwachting van een definitieve toezegging een overbruggingssubsidie verkregen. Met deze subsidie werd het mogelijk, weliswaar in beperkte mate, een korte periode het project te continueren.

Na definitieve subsidietoekenning kon de tweede projectperiode starten. Deze richtte zich op het verder ontwikkelen en uitbouwen van het community-based interventiemodel; in Zuidoost-Drenthe waren dit de gemeentelijke projectgroepen. Het aantal projectgroepen breidde zich uit. Implementatie, het overdraagbaar maken en de verankering van de community-based structuren waren aandachtspunten in deze periode. In het begin van deze projectperiode zijn de lokale projectgroepen tot speerpunt van het project benoemd. Het projectteam van de GGD voerde zelf minder op de bevolking gerichte voorlichtingsactiviteiten uit. In de derde projectperiode stond afronding van het project centraal. De begeleiding van de projectgroepen werd afgebouwd. Een deel van de projectgroepen beëindigde haar werk en een deel van de groepen zette het werk voort. Enkele (activiteiten van de) groepen zijn geïmplementeerd in de gemeente, hetzij als zelfstandige organisatie hetzij als onderdeel van een bestaande organisatie. In deze periode is de evaluatie uitgevoerd en is een uitgebreid verslag opgesteld van de ervaringen en resultaten van community-based werken in de praktijk in Zuidoost-Drenthe.

4.5 Werkwijze en programma

Bij de werkwijze en de uitvoering van het programma in de praktijk is zo veel mogelijk aangesloten bij de gangbare uitgangspunten en theorieën, zoals die ook in hoofdstuk 3 zijn beschreven. Ten aanzien van een aantal aspecten verdient de gehanteerde werkwijze nog toelichting. Hieronder worden per projectperiode de kenmerken van de gebruikte werkwijze toegelicht.

4.5.1 Eerste projectperiode

Hoewel het doel van het project de promotie van een gezonde leefstijl is, werd aanvankelijk niet verwacht dat na de eerste projectperiode (tweeënhalf jaar) op bevolkingsniveau gedragsverandering zou plaatsvinden. Wel kon worden verwacht dat na deze periode de aandacht voor hart- en vaatziekten en de kennis over risicofactoren en misschien de attitude zou zijn veranderd.

Er is daarom in de eerste fase met name gewerkt aan:

- het bereiken van aandacht voor het project en de vier projectthema's: voeding, roken, beweging en stress;
- een vergroting van kennis over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten;
- een positieve ontwikkeling in attitude wat betreft een gezonde leefstijl.

Verder is in deze periode gewerkt aan:

- het creëren van een breed draagvlak bij inwoners en organisaties in Zuidoost-Drenthe binnen en buiten de gezondheidszorg;
- het ontwikkelen van een organisatiestructuur die kans bood op continuïteit na afloop van de gesubsidieerde projectperiode;
- het ontwikkelen van strategieën voor de bevordering van een gezonde leefstijl, rekening houdende met specifieke omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten; preventie op maat.

Werkwijze

De rol van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is in het begin die van een 'dissemination agent' geweest; de ondersteunende organisatie helpt het veranderingsproces op gang te brengen, te begeleiden en te verspreiden. De GGD onderhield enerzijds contacten met de 'innovators', de instellingen die voorlichtingsmateriaal, cursusprogramma's en dergelijke ontwikkelen, en anderzijds met 'providers' de plaatselijke instellingen of werkgroepen die de programma's uitvoeren. De strategie was niet eenvoudige productverspreiding, waarin getracht werd elders ontwikkelde innovaties ongeschonden door te voeren, maar omvatte een zekere 'wederzijdse aanpassing' tussen vernieuwers en gebruikers. Een nieuwe activiteit en aanpak werd, zonder aan kracht te verliezen, aangepast aan de eisen en belangen van de gebruikers: scholen, verenigingen,

bedrijven en dergelijke. De rol van de projectmedewerkers hierin was het bepalen van een opzet van het project en het bedenken van activiteiten. Gaandeweg is deze rol verschoven naar een meer begeleidende, adviserende en ondersteunende rol. In de praktijk van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is bekendheid en draagvlak ontwikkeld bij politiek, instellingen en bevolking, via door de GGD georganiseerde programma's en massamediale activiteiten. Vanuit deze bekendheid en dit draagvlak is een start gemaakt met de (lokale) projectgroepen. Vervolgens verschoof de aandacht en inzet van middelen naar de verzelfstandiging van de lokale projectgroepen. In de praktijk kan deze structurering, in navolging van Van der Kamp (1990) en Cosijn (1992), in drie vormen van samenwerking worden benoemd, te weten: sponsoring, joint venture en synergie.

Sponsoring

Ten behoeve van de uitvoering van een groot aantal activiteiten kreeg de GGD financiële steun van banken, farmaceutische bedrijven en andere profit-organisaties in de gezondheids- en levensmiddelensector.

Joint venture

In het project is de verantwoordelijkheid voor de organisatie en uitvoering van een activiteit zoveel mogelijk gezamenlijk aangegaan. De meeste gevallen van bilaterale samenwerking betroffen een joint venture, bijvoorbeeld het project 'minder vet: HARTstikke Goed!' dat is uitgevoerd in acht filialen van een supermarktketen en het Gezondheidspaspoort voor kinderen, uitgevoerd in samenwerking met de toenmalige afdeling JGZ van de GGD. In de praktijk voerden projectmedewerkers van de GGD de voorbereidende en organiserende activiteiten uit, terwijl de partnerorganisatie meedacht, meebesliste en meewerkte in de uitvoering.

Synergie

De meest ideale samenwerkingsvorm vanuit het oogpunt van de community-benadering is synergie. Synergie betekent samenwerking en ondersteuning van activiteiten van andere organisaties, zodat uiteindelijk deze organisaties ook aandacht gaan geven aan de problematiek binnen hun eigen werkzaamheden. De GGD vervulde hiertoe de rol van bemiddelaar en pleitbezorger en schiep voorwaarden voor een goede uitvoering van activiteiten. In de uitwerking tot een concreet programma werd uitgegaan van een meersporen beleid en een multimediale en multimethodische aanpak. Hierbij is zowel de dieptebenadering als de breedtebenadering gehanteerd.

In de beginperiode van het project bestonden er nog geen projectgroepen. De aandacht lag vooral op het tot stand brengen van samenwerking met regionale

organisaties bij activiteiten en projecten. Ook moest de ontwikkeling van (en keuze van bestaande) geschikte activiteiten nog plaatsvinden. Er werd in de beginfase door allerlei (vooral grote) activiteiten geprobeerd de aandacht te trekken, het project naamsbekendheid te geven en geschikte activiteiten te ontwikkelen. De GGD organiseerde zelf deze (grootschalige) activiteiten. Deze werden gericht op de vier projectthema's. Veel van de activiteiten zijn samen met collega's uit andere sectoren georganiseerd. Met het verkrijgen van een goede bekendheid werd de basis gelegd voor het verder ontwikkelen van een draagvlak voor de uitbouw van het project. Daarnaast werd ervaring opgedaan met activiteiten die ook voor de lokale projectgroepen mogelijk uitvoerbaar zouden zijn. Voor de organisatie en uitvoering van activiteiten in de eerste periode werd de volgende indeling gemaakt.

Eigen activiteiten GGD

- Massamediaal
- Groepsvoorlichting aan algemeen publiek
- Gericht op de werkplek
- Samen met de profit sector

Activiteiten in de gemeenten

- Samen met het sociaal cultureel werk
- Starten van lokale projectgroepen

Activiteiten in het onderwijs

- Basisonderwijs
- Voortgezet onderwijs

4.5.2 Tweede projectperiode

In de tweede projectperiode werd naast verandering in aandacht, begrip en attitude, ook gestreefd naar verandering van intentie en gedrag. De doelen ten aanzien van aandacht, begrip en attitude waren een verdere verbetering ervan te bewerkstellingen en ten aanzien van intentie en gedrag een gunstige verandering in te zetten.

In verband met de te bewerkstelligen implementatie van het community-based preventiemodel werd als doel gesteld dat er na afloop van deze periode in zes gemeenten projectgroepen actief zouden zijn. Verankering zou worden bereikt wanneer na deze periode de projectgroepen zelfstandig activiteiten op zouden zetten, er in het gemeentelijke beleid aandacht zou bestaan voor de hart- en vaatziektenproblematiek en dat gemeenten financiën beschikbaar zouden stellen voor de HARTstikke Goed! projectgroepen. Verder zou het project overdraagbaar worden gemaakt door het opstellen van een handleiding voor het opstarten en functioneren van gemeentelijke projectgroepen.

Werkwijze

In de tweede projectperiode was de werkwijze en aanpak in wezen niet verschillend van die in de eerste projectperiode.

Op basis van resultaten uit de evaluatie werd een aantal activiteiten meer gericht op de doelgroepen en werd de methodiek aangepast zodat ze ook toepasbaar was voor andere groepen. Bijvoorbeeld:

- diverse activiteiten voor werknemers: tentoonstelling, stop met roken cursus, schriftelijke informatie;
- leerlingen: uitbreiden PGO, promotie lespakketten gericht op leefstijl, wedstrijden;
- sociaal-cultureel werk: leefstijlprogramma voor meisjes van 11-13 jaar;
- bezoekers horeca: rookvrije ruimte en hartstikke Goed! menu;
- supermarkt: diverse activiteiten gericht op vermindering van vetconsumptie;
- diverse publiekgerichte activiteiten: voeding-, stress-, sport- en roken-manifestaties en fittests.

De contacten met intermediairen werden uitgebreid. Dit leidde tot nieuwe activiteiten die in samenwerking opgezet en georganiseerd werden. Bijvoorbeeld:

- voorlichtingsavond, receptencampagnes;
- rookpreventie activiteiten voortgezet onderwijs;
- cursus omgaan met stress.

Ten behoeve van de ondersteuning en uitbreiding van de gemeentelijke projectgroepen werd gezocht naar nieuwe participanten en vrijwilligers. Tevens werd gewerkt aan het opstellen van gemeentelijke projectplannen voor de komende projectperiode. In deze periode zijn contacten met huis-aan-huis bladen, de radio en de algemene publiciteit geïntensiveerd.

4.5.3 Derde projectperiode

De subdoelstellingen wat betreft doelstelling 1, namelijk de promotie van een gezonde leefstijl, die voor de derde projectperiode geformuleerd zijn waren:

- verbeteren van gedrag ten aanzien van voeding, beweging, roken en stress van de bevolking in de gemeenten met een gemeentelijke projectgroep;
- nagaan of de gunstige ontwikkelingen uit de eerdere projectperiodes ook op de langere termijn beklijven.

In de derde projectperiode was ten aanzien van doelstelling 2, de ontwikkeling van een community-based interventiemodel, het doel de bestaande projectgroepen te implementeren en de begeleiding en ondersteuning door de projectmedewerkers af te ronden. Daarnaast was het doel onder andere op basis van de evaluatie het overdraagbare community-based interventiemodel bij te stellen.

In de derde projectperiode was er sprake van een andere projectvoering. De ondersteuning van de gemeentelijke projectgroepen was met name gericht op de verzelfstandiging, implementatie en afronding en in mindere mate op de ondersteuning bij de uitvoering van activiteiten. In deze periode organiseerden de GGD-projectmedewerkers geen eigen activiteiten meer. Tevens werd gewerkt aan de evaluatie en de beschrijving van de resultaten en ervaringen met de gemeentelijke projectgroepen. Het 10-fasenmodel werd uitgewerkt naar een stappenplan, dat als algemeen model zou kunnen fungeren voor het opzetten van preventie- en voorlichtingsactiviteiten met gebruikmaking van een lokale en gemeenschapsgerichte aanpak.

4.6 Gemeentelijke projectgroepen

De gemeentelijke projectgroepen namen in het project een centrale plaats in. In het eerste jaar van het project werden nog veel activiteiten door het projectteam georganiseerd, in de loop van het project verschoof de verantwoordelijkheid voor de opzet en uitvoering van activiteiten naar de lokale groepen. Tot aan het eind van het project zijn de gemeentelijke projectgroepen actief geweest. Aangezien de projectgroepen de kern van het project vormden, hierdoor werden participatie en intersectorale samenwerking bewerkstelligd, en deze groepen in de loop van het project vrijwel alle activiteiten organiseerden, wordt in deze paragraaf ingegaan op de praktijk, de samenstelling en de werkwijze van deze groepen.

4.6.1 Kenmerken van de gemeentelijke projectgroepen

Naar voorbeeld van de Heartbeat Wales Action teams en de gezondheidswerkgroepen van het Minnesota Health Program, ontstond in augustus 1991 het idee om projectgroepen in de regio op te zetten. Er is gezocht naar een samenwerkingsstructuur die aan vier voorwaarden moest voldoen:

- de manier van samenwerking zou moeten leiden tot een breed draagvlak onder de bevolking van Zuidoost-Drenthe om aan de problematiek van hart- en vaatziekten te werken;
- de werkwijze moest efficiënt zijn;
- de werkwijze moest een grote kans op continuïteit bieden;
- de werkwijze moest aansluiten bij de bestaande situatie.

Aanvankelijk was de gedachte om bovengemeentelijke projectgroepen te starten, waarin naast vertegenwoordigers uit de bevolking diverse categorale organisaties, zoals supermarkten, bedrijven en het onderwijs konden participeren. Dit idee is echter niet verder uitgewerkt. Bij nader inzien werd verondersteld dat op deze

manier de participatie van de bevolking en de diverse organisaties niet goed mogelijk was. Meer werd verwacht van projectgroepen op een kleinere, gemeentelijke schaal. Hiervoor bestond een aantal redenen. Ten eerste is in een gemeente, voornamelijk een kleine gemeente, voldoende saamhorigheidsgevoel aanwezig om gezamenlijk een probleem aan te pakken. Daarnaast kan een ambtenaar volksgezondheid van een gemeente een belangrijke rol spelen in de continuïteit van de projectgroep. Tot slot bestond de veronderstelling dat via de activiteiten van de projectgroep de gemeente kan 'scoren' op het onderwerp volksgezondheid en daardoor bereid is te participeren.

Een voorwaarde voor het opzetten van de projectgroepen was de betrokkenheid van de politiek en het gemeentelijk apparaat. Verwacht werd dat zij een rol zouden kunnen spelen bij de inbedding van preventie van hart- en vaatziekten in het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid en konden zorgen voor verstrekking van de benodigde financiële middelen. Bovendien konden ambtenaren door ondersteuning een belangrijke rol spelen bij de continuïteit van de gemeentelijke projectgroepen.

De doelstelling van de gemeentelijke projectgroepen was als volgt geformuleerd: 'het invoeren van een doeltreffend systeem om de bevolking en organisaties te betrekken bij beleidsplanning en -ontwikkeling met betrekking tot een gezonde leefstijl en het ontwikkelen van strategieën voor de promotie van een gezonde leefstijl, hierbij rekening houdende met specifieke omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten: Preventie op maat'. In eerste instantie kregen de projectgroepen een beperkte, signalerende, rol. Het was de bedoeling dat men signaleerde wat er in hun gemeente zoal leefde en deze signalen terug te koppelen naar de GGD. De projectgroepen zouden op deze manier direct of indirect een bijdrage kunnen leveren aan de bevordering van een gezonde leefstijl bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe.

Door vertegenwoordigers van verschillende sectoren te verzoeken deel te nemen aan de projectgroepen is gestreefd naar een breed draagvlak in de samenleving. De volgende sectoren zijn gevraagd te participeren: huisartsen, scholen, vrijwilligersorganisaties, het sociaal-cultureel werk en opbouwwerk, bedrijven, de horeca, het ouderenwerk, de afdelingen sport en welzijn van de betreffende gemeente, het Rode Kruis, aanwezige patiëntenverenigingen, fysiotherapeuten. De veronderstelling was dat elke sector of intermediair een eigen achterban heeft waardoor veel mensen werden bereikt. Bovendien had elke sector zijn eigen hulpbronnen in de vorm van deskundigheden, middelen, faciliteiten, contacten, enzovoort. In 1992 is in alle gemeenten daadwerkelijk gestart met het opzetten van de projectgroepen. Het leidde in de eerste periode tot projectgroepen in vier kleine gemeenten. Eind 1992 en begin 1993 gingen er projectgroepen van start in de gemeenten Schoonebeek, Dalen, Zweeloo, en Oosterhesselen. In de tweede projectperiode startten Odoorn in het voorjaar en Borger in het najaar van 1995.

Tabel 4.2 Aantal vertegenwoordigers in de projectgroepen per organisatie

	Dalen	Ooster- hesselen	Zweeloo	Schoone- beek	Odoorn	Borger
gemeente afdeling welzijn	1	-	1	1	-	1
gemeente afdeling sport	1	-	-	1	-	1
basisonderwijs	1	-	-	1	1	-
voortgezet onderwijs	-	1	-	1	-	-
vrouwenverenigingen	1	-	2	5	1	-
welzijnswerk	1	1	1	-	1	1
huisartsen	-	1	1	1	-	-
ouderenwerk	1	-	1	1	1	-
onafhankelijke vrijwilligers	-	2	3	-	-	-
plaatselijk belang, dorpen	-	2	-	-	-	-
vrienden van de NHS ¹	-	-	-	-	-	1
Rode Kruis	-	-	-	-	-	1
sportstichting	-	-	-	-	-	1
fysiotherapeut	-	-	-	-	-	1
GGD	1	1	1	1	1	1

1) NHS = Nederlandse Hartstichting

Door onduidelijkheid over de vervolgfinanciering van het project werden de projectgroepen eind 1993 geconfronteerd met onzekerheid. In mei 1994 werd pas duidelijk dat het project definitief door zou gaan en met een tweede periode kon worden gestart. De meeste groepen hebben in deze periode toch een aantal activiteiten uitgevoerd en het werk gecontinueerd. De oorspronkelijke doelstelling om in alle negen gemeenten projectgroepen te starten werd in het werkplan van de tweede periode teruggebracht naar zes. In september 1994 werd ingezet op het inrichten van twee nieuwe projectgroepen. De projectgroepen werden bij de overgang naar de derde periode van het project opnieuw geconfronteerd met onzekerheid over de voortgang. Daarnaast begon de gemeentelijke herindeling volop te spelen, waardoor de bereidwilligheid van de gemeenten om ondersteuning te bieden aan de projectgroepen zeer onder druk kwam te staan. Uiteindelijk is het niet gelukt in alle gemeenten projectgroepen in te richten. In de procesevaluatie wordt uitgebreid ingegaan op de verklaringen hiervoor. In schema 4.2 is een overzicht gegeven van de samenstelling van de gemeentelijke projectgroepen welke in Zuidoost-Drenthe hebben gefunctioneerd.

De aanpak, activiteiten en samenstelling van de projectgroepen verschilden per gemeente. Globaal is er een onderscheid te maken in twee typen projectgroepen, de uitvoerende groep en de stuurgroep. In beide type groepen is het belangrijk dat een beroepskracht als trekker fungeert, omdat deze continuïteit kan bieden. De samenstelling van projectgroepen en de mogelijkheden en capaciteiten van de leden is zeer divers. Hierdoor is de organisatie van activiteiten verschillend aangepakt.

Kenmerkend voor uitvoerende groepen is dat deze veelal bestaan uit vertegenwoordigers van vrijwilligersorganisaties, zoals vrouwenverenigingen en ouderenbonden. Zij kiezen ervoor om uitvoerend bezig te zijn. Schrijven van een activiteitenplan en de organisatie van de activiteiten is dan een taak van de GGD.

De leden van een uitvoerende groep zijn veelal 'doeners', die de activiteiten zelf uitvoerden.

Stuurgroepen zijn groepen met veel beroepskrachten, bijvoorbeeld vanuit het sociaal-cultureel werk of het opbouwwerk. Zij hebben meer mogelijkheden om bestaande netwerken en organisaties bij elkaar te brengen. De stuurgroep heeft een begeleidende en coördinerende rol. Dit betekent dat zij niet zelf de uitvoering ter hand neemt, maar er voor zorgt dat anderen dit doen. Hiervoor is het nodig dat er een netwerk wordt opgezet van mensen en/of organisatie die activiteiten kunnen gaan uitvoeren. De stuurgroep zorgt ervoor dat er samenhangend geheel van activiteiten ontstaat dat ook aansluiting heeft met bestaande samenwerkingsverbanden en preventieprogramma's van bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties of de universiteit. Mengvormen tussen de twee genoemde organisatievormen zijn mogelijk. De groep voert dan zowel coördinerende als uitvoerende taken uit.

Tabel 4.3 Aspecten en activiteiten van de projectgroepen

	Dalen	Oosterhesselen	Zweeloo	Schoonebeek	Odoorn	Borger
grootte gemeente	5.650	4.925	2.850	7.650	12.348	12.850
dorpen	5	5	6	4	10	13
kerndorp	Dalen	Oosterhesselen	Zweeloo & Aalden	Schoonebeek	Odoorn & Exloo	Borger
organisatievorm	uitvoerend organisatie gemeente '92-'97	stuur-groep gemeente '92-'96	uitvoerend SCW/GGD '92-'97	uitvoerend organisatie gemeente '92-'97	coördinatie SCW '96-'98	uitvoerend gemeente '96-'98
trekker periode						
activiteiten						
- voeding 29	5	29	11	5	2	
- beweging	2	2	3	6	18	20
- roken	2	9	5	12	14	10
- stress	-	1	2	2	3	1
- algemeen	3	19	16	6	5	2

4.6.2 Invloed van de gemeentelijke herindeling

In de periode dat het project in Zuidoost-Drenthe werd uitgevoerd, werd een gemeentelijke herindeling in de gehele provincie doorgevoerd. Dit betekende dat in de regio Zuidoost-Drenthe de negen bestaande gemeenten werden samengevoegd tot drie nieuwe gemeenten. De gemeenten Borger en Odoorn zijn samengegaan als de nieuwe gemeente Borger-Odoorn. De nieuwe gemeente Coevorden is ontstaan uit de oude gemeenten Coevorden, Dalen, Oosterhesselen, Sleen en Zweeloo. De nieuwe gemeente Emmen is een samenvoeging van de gemeenten Emmen en Schoonebeek. Het proces rond de gemeentelijke herindeling heeft zeer grote invloed gehad op het project. Gemeenteambtenaren en de gemeentepolitiek waren voornamelijk bezig met gedachtevorming over de eigen gemeente en de herindeling werd als legitimatie gebruikt om besluitvorming uit te voeren.

stellen, inclusief de besluitvorming over het vervolg van de gemeentelijke projectgroepen en financiering of andere bijdragen aan het project.

In de nieuwe gemeente Borger-Odoorn waren na de herindeling twee projectgroepen actief. De groepen hadden vanaf het begin van hun oprichting (toen nog in de afzonderlijke gemeenten) contact met elkaar. Er werd samengewerkt bij de uitvoering van het rook- en alcoholproject op de basisscholen en in 1998 breidde de samenwerking zich uit tot het GALM-project in de gemeente. Groningen Actief Leven Model is een in Groningen ontwikkelde aanpak om personen aan te zetten tot meer beweging. Met de acht bewegingsgroepen in de nieuwe gemeente is een vereniging GALM opgezet.

Na afronding van de activiteiten van de projectgroepen in Borger en Odoorn verzochten de basisscholen in de nieuwe gemeente de Stichting Welzijn Borger-Odoorn om de rook- en alcoholprojecten voort te zetten en deze te koppelen aan een alcohol- en drugsproject. Deze activiteit is vervolgens verder voorgezet.

In de gemeente Coevorden was na de gemeentelijke herindeling geen enkele projectgroep meer actief. Wel zijn in de gemeente Coevorden gesprekken geweest met de vijf stichtingen voor sociaal cultureel werk. Doel van dit overleg was om te kijken of er mogelijkheden waren voor een vervolg van de HARTstikke goed!-activiteiten door het sociaal cultureel werk. Eventueel zou een aantal activiteiten in de nieuwe organisatie van het sociaal cultureel werk deel uit gaan maken van het activiteitenpakket. Zo zouden de activiteiten ook in andere dorpen van de nieuwe gemeente worden aangeboden. In enkele gevallen zijn daadwerkelijk een aantal activiteiten in de nieuwe gemeente uitgevoerd.

In de gemeente Emmen zelf is het nooit gelukt in het kader van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een gemeentelijke projectgroep te starten. Voor het samengaan van de gemeenten Emmen en Schoonebeek werd de projectgroep Schoonebeek al ondersteund door de (gedetacheerde) ambtenaar welzijn van de gemeente Emmen. Na het samengaan van de beide gemeenten is de ondersteuning van de projectgroep door de ambtenaar, wegens drukke bezigheden, beëindigd. Ondanks het feit dat de leden van de projectgroep in Schoonebeek bereid waren verder te gaan, is er in de nieuwe gemeente Emmen niet meer gesproken over een gezamenlijke opzet of voortgang van een HARTstikke Goed! projectgroep.

5 Opzet evaluatie

Om de effectiviteit en de resultaten van het project na te gaan is een evaluatie uitgevoerd. Met de evaluatie wordt nagegaan of het project geslaagd is in haar doel, namelijk het terugdringen van de hart- en vaatziektenproblematiek en het ontwikkelen van een community-based interventiemodel. In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze vorm is gegeven aan de evaluatie.

5.1 Ontwerp evaluatie

Het evalueren van grootschalige preventiecampagnes is een complexe aangelegenheid. In de praktijk speelt een groot aantal factoren een rol bij de uiteindelijke effectiviteit. Bij community-projecten is het meten van effectiviteit zo mogelijk nog lastiger. Een community-project probeert op veel verschillende wijzen het gedrag te beïnvloeden en met veel verschillende partners samen te werken. Het beoogde resultaat bestaat niet alleen uit bevordering van gezondheid of gezondheidsgerelateerd gedrag, maar is ook uit te drukken in de mate van succes bij bijvoorbeeld het betrekken van de intermediairen, zoals de bevolking en de verschillende sectoren in de gemeenschap.

Er zijn verschillende mogelijkheden om een oordeel te geven over de effectiviteit van een preventieprogramma. Afhankelijk van de invalshoek van betrokkenen kan er een afzonderlijk belang bestaan in de uitkomstmaat. Beleidsmakers en financieel verantwoordelijken zullen met een andere visie de effectiviteit van een preventieproject beoordelen dan de 'Health Promotion' medewerkers van het project zelf. Ook de doelgroep kijkt met andere ogen naar de resultaten van het project dan de wetenschappelijke onderzoeker, die meer geïnteresseerd is in de methodologische kwaliteit, de integriteit van het programma en het behalen van de vooraf gestelde doelen. Naast de verlangens van de verschillende betrokkenen is per thema onderscheid te maken in de uitkomstmaten.

Ten tijde van de opzet van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' waren er weinig voorbeelden voorhanden van uitgebreide evaluatiestudies waar proces- en effectmaten onderdeel van uitmaakten. In die periode (eind jaren tachtig) was het gebruikelijk om de effecten te meten met een experiment dat zo goed mogelijk aansloot bij de principes van de randomized controlled trial (RCT). Om de ervaringen in de praktijk te beschrijven was daarnaast een procesbeschrijving van belang. In eerste instantie is vanuit praktische overwegingen gekozen om het tot stand komen en functioneren van de projectgroepen en de uitvoering van een aantal deelprojecten in de procesevaluatie op te nemen. Het evaluatietraject dat werd ingezet is met de ontwikkeling van het project zelf meegegroeid en verder uitgebreid. Zo is uiteindelijk een mix ontstaan

van effectmetingen en procesbeschrijvingen waarmee de verschillende aspecten van de onderdelen van het project in beeld zijn gebracht.

In de loop van de jaren negentig ontstond er internationaal een discussie over de mogelijkheden en beperkingen van onderzoeksmethoden om resultaten van community-based interventies en gezondheidsbevordering in kaart te brengen. Er werden vraagtekens geplaatst bij de kwaliteit van de effectonderzoeken en daarmee de betekenis van de resultaten (Oster, 1993; Luepker e.a., 1994; Young, 1996; Baxter, 1997; Ebrahim, 1997; Sellers e.a., 1997; Nutbeam, 1998; Sorensen e.a., 1998; Tudor Smith, 1998; Fortmann, 2000; Berkowitz, 2001). Momenteel wordt algemeen aangenomen dat evaluatie van gezondheidsbevordering zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens moet bevatten en meerdere aspecten in kaart moet brengen. In 1999 is door een werkgroep van de Europese commissie een model voor uitkomstmaten van gezondheidsbevordering beschreven (IUHPE, 1999). In dit model wordt onderscheid gemaakt in vier groepen uitkomstmaten van gezondheidsbevordering.

De eerste groep uitkomstmaten ligt op het vlak van gezondheid en maatschappij. Dit omvat onder andere de kwaliteit van leven, gelijkheid en functionele onafhankelijkheid, een verminderde morbiditeit, invaliditeit en het verminderen van sterfte. Over het algemeen geldt dat dit het hoogst bereikbare doel is dat een preventieproject nastreeft. In de regel zijn deze uitkomstmaten bij (kortdurende) gezondheidsbevorderingsprojecten niet te meten.

De tweede groep betreft intermediaire uitkomstmaten. Hieronder vallen factoren die een relatie hebben met de eerstgenoemde uitkomstmaten. Bij verbetering van deze intermediaire factoren zal op termijn een verbetering optreden bij de eerste groep uitkomstmaten. Tot de intermediaire uitkomstmaten behoren een gezonde leefstijl, effectieve gezondheidszorg en een gezonde leefomgeving. In het geval van preventie, zeker ten aanzien van preventie van hart- en vaatziekten, zal het pas na langere tijd mogelijk zijn om veranderingen aan te tonen in het voorkomen van hart- en vaatziekten zelf. Veranderingen in de intermediaire uitkomstmaten zijn eerder zichtbaar. In het gepresenteerde model zijn dit de modificeerbare determinanten van gezondheid. Een community-project richt zich vaak op een of meer van deze factoren.

De derde groep omvat uitkomsten van de gezondheidsbevordering zelf. Health literacy (de stappen tot gezond gedrag), sociale invloed en actie, en overheids- en organisatiebeleid zijn hier voorbeelden van. Bij health literacy kan men denken aan cognitieve en sociale vaardigheden, benodigd voor het begrijpen en gebruiken van beschikbare mogelijkheden. Sociale invloed en actie heeft betrekking op de mate van betrokkenheid van de community. Deze uitkomstmaten zijn in het bijzonder van belang bij een communityproject. Via health literacy, de community en het overheidsbeleid probeert het project invloed uit te oefenen op gedrag en invloeden van de omgeving en uiteindelijk op de prevalentie van hart- en vaatziekten.

De laatste groep uitkomstmaten zijn de health promotion activiteiten. Deze groep bestaat uit activiteiten als voorlichting en educatie, het voorwaarden scheppen in

de community om daadwerkelijk gezondheidsgedrag te kunnen overnemen en pleitbezorging. Dit zijn in feite de eerste stappen die in een community project gezet worden.

De uiteindelijke onderdelen van de evaluatie van het project in Zuidoost-Drenthe sluiten verrassend goed aan bij het model voor uitkomstmaten van gezondheidsbevordering. In figuur 5.1 zijn deze onderdelen uit de evaluatie van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' gerangschikt naar het model voor uitkomstmaten van gezondheidsbevordering weergegeven.

Gezondheid en sociale uitkomstmaten	Sociale uitkomstmaten niet gemeten Gezondheidsmaten niet gemeten		
Intermediaire uitkomstmaten: beïnvloedbare determinanten van gezondheid	Leefstijl voeding beweging roken stress	Gezondheidszorg projectorganisatie, projectgroepen, betrokkenheid intermediairen	Omgeving supermarktvorlichting, preventie op werkplek, gezondheidspaspoort, horeca rookvrij
Health Promotion uitkomstmaten	Literacy kennis, houding, gedrag wat betreft voeding, beweging, roken, stress	Sociale invloed functioneren gemeentelijke projectgroepen	Politiek en organisatie betrokkenheid gemeente en politiek
Health Promotion activiteiten	Educatie voorlichtingsactiviteiten, op school, media, manifestaties	Sociale mobilisatie werkboek, participatie	Pleitbezorging gemeentelijke en politieke lobby

Figuur 5.1 Onderdelen uit de evaluatie van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' gerangschikt naar het model voor uitkomstmaten van gezondheidsbevordering (IUHPE, 1999)

In de verdere beschrijving wordt onderscheid gemaakt in procesevaluatie en effectevaluatie. Deze onderverdeling volgt min of meer de twee hoofddoelen van het project, namelijk enerzijds het opdoen van ervaring met de community-based werkmethode en anderzijds het bereiken van een gezonde leefstijl bij de bevolking.

5.2 Procesevaluatie

De procesevaluatie bestaat uit een scala aan metingen en beschrijvingen van onderdelen van het programma. Deze onderdelen zijn zowel op kwalitatief als kwantitatief niveau gemeten. Gezien het speerpunt van het community preventieproject, de intersectorale groepen, is in de procesevaluatie hier veel

aandacht naar uitgegaan. De aanpak van de evaluatie is per onderwerp verschillend en wordt verder toegelicht bij de beschrijving van de resultaten.

5.3 Effectevaluatie

De effectevaluatie omvat een uitgebreid onderzoek naar de meetbare effecten op het gedrag. Het uiteindelijke doel van de preventie is weliswaar de vermindering van ziekte en sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten, maar gezien de korte looptijd van het project en de verwachte tijd voordat er een meetbare verandering in ziekte en sterfte optreedt worden intermediaire uitkomstmaten gebruikt. In het effectonderzoek wordt gebruik gemaakt van een onderzoeksontwerp dat vaak wordt toegepast bij de evaluatie van community-based preventieprojecten, namelijk een quasi-experimenteel ontwerp. Om de kracht van het onderzoek te vergroten is zowel een cross-sectioneel als een longitudinaal onderzoek uitgevoerd.

In het effectonderzoek is nagegaan of de kennis, de houding en het gedrag van de bevolking van Zuidoost-Drenthe veranderd is ten aanzien van de leefstijlfactoren waar het project zich op richt. Het gaat hierbij om voeding, beweging, roken, stress en hart- en vaatziekten in het algemeen. Hiertoe is een tweeledig onderzoek opgezet. Ten eerste betreft dit het longitudinaal onderzoek. Dit is een experimenteel vervolgonderzoek met een voormeting, en een eerste, tweede en derde effectmeting, bij een experimentele groep in Zuidoost-Drenthe en een controlegroep in Zuidwest-Drenthe. Ten tweede is een cross-sectioneel onderzoek opgezet. Dit omvat de vergelijking van gegevens van twee onafhankelijke groepen in 1991 en 1998 in de experimentele regio. Hieronder worden de opzet en de resultaten van het effectonderzoek besproken.

5.3.1 Methode

Om antwoord te kunnen geven op de vraag welke effecten behaald zijn door het voorlichtingsproject is een quasi-experimenteel onderzoek opgezet. Bij een experimenteel onderzoek wordt voor en na een interventie naar de veranderingen gekeken bij een experimentele en een controle groep. In dit geval wordt gesproken over een quasi-experimenteel onderzoek aangezien er geen randomisatie plaatsvindt. Het feit of iemand deel uit maakt van de experimentele of controlegroep wordt namelijk bepaald door de plaats waar men woont.

Longitudinaal en cross-sectioneel onderzoek

Bij het effectonderzoek heeft het quasi-experiment op twee wijzen vorm gekregen, namelijk in een longitudinale en een cross-sectionele benadering. Een belangrijk voordeel van longitudinaal onderzoek is dat de relevante kenmerken op

individueel niveau worden gemeten en dat de volgorde waarin veranderingen plaatsvinden de natuurlijke loop van de gebeurtenissen volgt. Hierdoor is het mogelijk om met een relatief kleine groep personen effecten aan te tonen. Daarnaast zijn de eventueel gevonden verschillen niet toe te schrijven aan een verschil in samenstelling van de onderzoeksgroep bij op elkaar volgende metingen. Nadelen van een longitudinaal onderzoek zijn echter dat door het herhaalde invullen van vragenlijsten personen geattendeerd worden op de interventie en gewennen aan het invullen van vragenlijsten. Dit kan zowel het gezondheidsgedrag als het invulgedrag van de leden van het cohort in de loop der jaren beïnvloeden. Door de aanwezigheid van een controlegroep kan hiervoor deels een correctie plaatsvinden. Samen geven beide onderzoeken voldoende inzicht in de effecten van de interventie.

Experimentele condities

In het evaluatieonderzoek worden steeds drie groepen met elkaar vergeleken. Naast het onderscheid in experimentele groep en controlegroep wordt de experimentele groep in tweeën gesplitst, te weten in een groep met gemeentelijke projectgroepen (GP+) en een groep zonder gemeentelijke projectgroepen (GP-). Deze indeling van de experimentele groep is achteraf gemaakt. Aan het begin van het project was namelijk niet bekend of, hoe en wanneer gemeentelijke projectgroepen zouden worden opgestart. Door het tot stand komen van de projectgroepen in enkele gemeenten is de experimentele regio als het ware onderverdeeld in twee experimentele condities. De effecten van de interventie laten zich binnen de experimentele regio mede aan de hand van deze variabele evalueren.

In figuur 5.1 wordt van de negen gemeenten in Zuidoost-Drenthe aangegeven of en wanneer een gemeentelijke projectgroep is opgestart. Zoals uit deze tabel blijkt zijn de gemeentelijke projectgroepen in de verschillende gemeenten niet op hetzelfde moment ontstaan of hebben niet binnen hetzelfde tijdsbestek gefunctioneerd. In enkele gemeenten is de groep aan (het eind van) de tweede projectperiode tot stand gekomen, terwijl bij andere gemeenten deze groepen al in de eerste helft van het project actief waren. Afhankelijk van het moment dat de groep is gaan functioneren is ten behoeve van de effectevaluatie de indeling in GP+ en GP- gemaakt. In deze laatste evaluatie zijn de gemeenten waar projectgroepen meer dan één projectperiode actief zijn geweest gerekend tot de groep gemeenten met een projectgroep (GP+).

Tabel 5.1 Overzicht van de indeling van gemeenten in Zuidoost-Drenthe naar gemeentelijke projectgroep

	GP in eerste periode 1991-1994	GP in evaluatie 1993	GP in tweede periode 1994-1997	GP in evaluatie 1996	GP in derde periode 1997-1999	GP in evaluatie 1998
Borger	-	-	-/+	-	+	+
Coevorden	-	-	-	-	-	-
Dalen	+	+	+	+	-/+	+
Emmen	-	-	-	-	-	-
Odoorn	-	-	-/+	-	+	+
Oosterhesselen	+	+	+	+	-	+
Schoonebeek	-/+	+	+	+	+	+
Sleen	-	-	-	-	-	-
Zweeloo	+	+	+	+	-/+	+

5.3.2 Longitudinaal onderzoek

Het ontwerp van het longitudinaal onderzoek wordt in tabel 5.2 weergegeven. Het cohort in de experimentele regio is in 1991 gevormd uit personen die in dat jaar meegewerkt hebben aan de Gezondheidsenquête Drenthe. Hiertoe is in september 1991 uit de bevolkingsregisters van de negen gemeenten in de regio een steekproef getrokken van personen van 20 tot 80 jaar. In elke gemeente is een steekproef getrokken van 1,5%. Dit resulteerde in een groep van 1736 personen. Deze personen hebben in oktober 1991 een Gezondheidsenquête met daarbij een Projectenquête toegezonden gekregen. In totaal heeft 63% van de aangeschreven personen de enquêtes teruggezonden, waarvan 61% bruikbaar was. Het cohort bestond daardoor uit 1062 personen.

Tabel 5.2 Ontwerp van het effectonderzoek, longitudinaal

onderzoeksgroep		interventie	1991	1993	1996	1998
experimentele groep	GP+	algemeen en projectgroepen	GE+PE	PE	PE	PE
experimentele groep	GP-	algemeen	GE+PE	PE	PE	PE
controle groep	C	geen	-	PE	PE	PE

GP+/-: experimentele groep met/zonder gemeentelijke projectgroepen
C: controle groep
GE: algemene gezondheidsenquête
PE: HARTstikke Goed! projectenquête
GE+PE: algemene gezondheidsenquête aangevuld met HARTstikke Goed!-vragen

De namen en adressen van deze respondenten zijn in de periode tussen de voormeting en de eerste effectevaluatie bij een notaris in bewaring gegeven. De deelnemers aan het onderzoek is goedkeuring gevraagd voor het bewaren van hun naam en adres en het nogmaals toegestuurd krijgen van een enquête. Er is een privacyreglement opgesteld en de registratie is aangemeld bij de Registratiekamer. Een aantal weken voor de eerste effectevaluatie in 1993 is het adressenbestand geactualiseerd. Aan de overgebleven personen in de experimentele regio is een

vragenlijst toegezonden. Voor de effectevaluatie in 1996 is deze werkwijze herhaald, evenals voor de derde effectevaluatie in 1998. Het cohort in de controleregio, de regio Zuidwest-Drenthe waar geen voorlichtingsproject gericht op de preventie van hart- en vaatziekten is uitgevoerd, is in 1993 samengesteld. Hiervoor is in deze regio een steekproef van 1,25% uit de bevolking van 22 tot 82 jaar getrokken, zodat de leeftijd van deze groep gelijk aan de experimentele groep was. In totaal zijn 1041 personen aangeschreven voor de eerste meting. Ook voor deze controlegroep geldt dat toestemming is gevraagd om de namen en adressen te bewaren voor de volgende metingen en dat vooraf aan de tweede en de derde effectevaluatie het adressenbestand is geactualiseerd.

Het onderzoek bestaat uit vier metingen verspreid over een periode van zeven jaar. De voormeting is gehouden in 1991 bij aanvang van het project. Twee, vijf en zeven jaar na de voormeting heeft een effectmeting plaatsgevonden. De voormeting bestond uit de Gezondheidsenquête Drenthe 1991. Voor het project is een aanvullende vragenlijst, de Projectenquête, aan het gezondheidsonderzoek toegevoegd. In deze aanvullende lijst is extra aandacht geschonken aan de vier leefstijlthema's van het project: voeding, beweging, roken en stress. Voor de effectmetingen is een specifieke vragenlijst ontwikkeld. Vanwege het laat beschikbaar komen van financiën voor de evaluatie van het project, is in 1991 alleen in de eigen, experimentele regio een cohort gevormd.

5.3.3 Cross-sectioneel onderzoek

Het ontwerp van het cross-sectioneel onderzoek wordt in tabel 5.3 weergegeven. Dit onderzoek bestaat uit twee metingen. De eerste meting is de voormeting die aan het begin van het project werd gehouden. De tweede meting is de effectmeting, na zeven jaar, aan het eind van het project. Het cross-sectioneel onderzoek bestaat in beide metingen uit de Gezondheidsenquête die in 1991 en 1998 in de provincie Drenthe is gehouden. In de experimentele regio is ten behoeve van het project naast de algemene vragenlijst een Projectvragenlijst afgenomen. In deze vragenlijst is extra aandacht geschonken aan de bekendheid van het project en de thema's van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'.

Tabel 5.3 Ontwerp van het effectonderzoek, cross-sectioneel

onderzoeksgroep			interventie	1991	1993	1996	1998
experimentele regio	GP+	algemeen en projectgroepen	GE+PE	-	-	-	GE+PE
experimentele regio	GP-	algemeen	GE+PE	-	-	-	GE+PE
controle regio	C	geen	GE	-	-	-	GE

GP+/-: gemeentelijke projectgroepen aanwezig/afwezig
C: controle regio
GE: algemene gezondheidsenquête
PE: HARTstikke Goed! projectenquête
GE+PE: algemene gezondheidsenquête aangevuld met HARTstikke Goed!-vragen

De voormeting bij het cross-sectioneel onderzoek is wat betreft de experimentele groep gelijk aan die bij het cohort. In het longitudinaal onderzoek worden echter alleen de gegevens gebruikt van personen die aan de latere metingen ook hebben deelgenomen. Voor de effectmeting in 1998 is wederom gebruikt gemaakt van de Gezondheidsenquête Drenthe. In gemeenten met en gemeenten zonder projectgroep zijn opnieuw steekproeven getrokken uit inwoners van 20 tot 80 jaar. Voor het onderzoek in 1998 is een steekproef getrokken van gemiddeld 1,25%, ongeveer 2000 personen.

5.3.4 Vragenlijsten

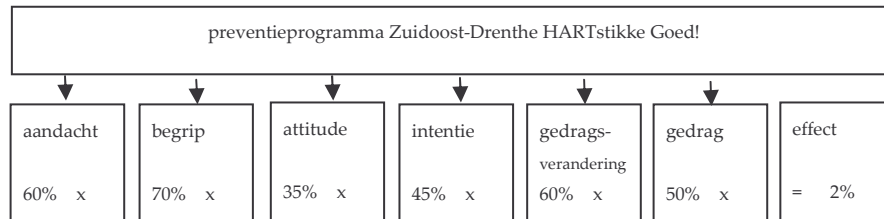
Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van schriftelijke vragenlijsten. Bij de voormeting, het longitudinaal en het cross-sectioneel onderzoek, is gebruik gemaakt van de Gezondheidsenquête 1991. Deze enquête bestond uit een vragenlijst die vragen bevatte over gezondheid en leefstijl. In de experimentele regio is hier een projectenquête aan toegevoegd. De projectenquête besteedde extra aandacht aan de leefstijlfactoren voeding, beweging en stress aangezien deze onderwerpen in de reguliere Gezondheidsenquête niet voldoende aan bod kwamen. Bij de effectevaluatie in 1993 en alleen bij het longitudinaal onderzoek, is gebruik gemaakt van de evaluatie-enquête 'Hart op weg?'. Deze vragenlijst bevatte vragen over de vier leefstijlfactoren voeding, beweging, roken en stress. De vragen waren gericht op de fasen van gedragsverandering, te weten aandacht, begrip, attitude, intentie en gedrag. Hiervoor is het model voor gedragsverandering via voorlichting van Kok gevolgd (Kok, 1985).

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst zijn de in het model onderscheiden fasen zoveel mogelijk aangehouden. In de enquête is de nadruk gelegd op vragen die betrekking hebben op de eerste fasen uit het model, te weten aandacht, begrip en attitude, aangezien na een periode van ruim anderhalf jaar nog geen structurele gedragsveranderingen verwacht werden (Flay, 1981). Ten behoeve van het longitudinaal onderzoek in 1996 en 1998 is een vragenlijst gebruikt die overeenkomt met de evaluatie-enquête Hart op weg?. Ook in deze vragenlijst wordt naar de verschillende fasen uit het model van Kok gevraagd. De meting voor het cross-sectioneel onderzoek in 1998 is geïntegreerd in de Gezondheidsenquête Drenthe. Vragen die betrekking hadden op het project zijn aan de algemene gezondheidsenquête toegevoegd.

5.3.5 Berekening effectmaat

In de effectevaluatie zijn de stappen uit het model voor gedragsverandering via voorlichting van Kok (Kok, 1985) afzonderlijk onderzocht. De effectiviteit van een project wordt echter bepaald door de invloed van het preventieproject op alle

stappen uit het gehanteerde model die tot gedragsverandering leiden. In dit onderzoek is een productmaat berekend op basis van het percentage personen met de gewenste score bij de verschillende stappen. Deze werkwijze wordt vaker gebruikt bij de berekening van effectiviteit van preventieprojecten (Tones, 1999). De uiteindelijke productmaat wordt als volgt berekend (zie figuur 5.2).



Figuur 5.2 Berekening van de effectmaat van het preventieproject

In figuur 5.2 wordt de veronderstelde hiërarchie van de effectketen uit het gehanteerde model voor gedragsverandering via voorlichting weergegeven. Er wordt vanuit gegaan dat een aantal stappen moet worden doorlopen voordat succes wordt bereikt. Als voorbeeld wordt een fictieve effectmaat berekend, afgeleid van de aanname dat 60% van de doelgroep aandacht besteedt aan de projectthema's, 70% van diegenen met aandacht voor het probleem daadwerkelijk kennis heeft opgedaan, 35% van de groep met aandacht en kennis een positieve attitude heeft ontwikkeld, vervolgens 45% daarvan een positieve intentie heeft, dat 60% daarvan pogingen heeft ondernomen om gedrag te veranderen en 50% daarvan het gedrag daadwerkelijk heeft veranderd.

Op dezelfde wijze zijn de veranderingen die zijn opgetreden bij de bevolking in Zuidoost-Drenthe berekend. Per leefstijlthema, voeding, beweging, roken en stress, zijn alle stappen uit het model van gedragsverandering via voorlichting op deze wijze in één model samengenomen en wordt één productmaat berekend. Bij de berekening van de productmaat voor het thema stress waren geen gegevens over gedrag bekend. Daarom is de berekening op basis van de daarvoor liggende stappen bepaald.

5.3.6 Statistiek, schalen, weging

Zoals uit de ontwerpen van de onderzoeken blijkt is er sprake van gepaarde waarnemingen (longitudinaal onderzoek) en niet gepaarde waarnemingen (cross-sectioneel onderzoek). Bij gepaarde waarnemingen zijn de verschillen tussen de metingen in twee of meer jaren getoetst met respectievelijk de McNemar of Cochran X^2 -toets in geval van dichotome variabelen en de Wilcoxon rangtekentoets of Friedman X^2 -toets in geval van ordinale variabelen. Verschillen

tussen niet gepaarde waarnemingen zijn getoetst met behulp van de X^2 -toets. Een verschil wordt significant verondersteld als de p-waarde kleiner is dan 0,05. Belangrijk in deze evaluatie zijn de verschillen die worden gevonden tussen veranderingen in de twee experimentele groepen (GP+ en GP-) en de controlegroep. Door middel van weging zijn de groepen op leeftijd en geslacht gestandaardiseerd. Na weging is de leeftijdsopbouw per groep gelijk aan de werkelijke leeftijdsopbouw in de experimentele regio. De percentages in de tabellen zijn gebaseerd op deze weging.

Voor aandacht en begrip zijn door samenvoeging van meerdere vragen scores op schalen berekend. De score voor horen en lezen over hart- en vaatziekten is berekend over vier vragen naar het hebben gehoord of gelezen over voeding, beweging, roken en stress (Cronbach's α 0,73). De score voor praten over hart- en vaatziekten is berekend over vier vragen naar het hebben gesproken over voeding, beweging, roken en stress (Cronbach's α 0,66). De scores worden weergegeven op een schaal van minimaal 0 tot maximaal 100 punten. De kennisscore wordt berekend over in totaal 16 vragen over voeding (9), beweging (3), roken (1) en stress (3) (Cronbach's α 0,62).

Door afronding is in de tabellen de som van de percentages niet altijd exact 100.

6 Procesevaluatie: ervaringen met het project

Dit hoofdstuk gaat in op de verschillende onderdelen van de procesevaluatie. Vanaf het begin van het project zijn de genomen stappen en de opgezette activiteiten geëvalueerd. Niet alleen activiteiten, maar ook ervaringen van betrokkenen en deelnemers met het project en de ervaringen van de gemeenten en projectmedewerkers zijn beoordeeld.

Vooraf in de eerste projectjaren is een aantal activiteiten specifiek voor Zuidoost-Drenthe ontwikkeld. Tevens is geëxperimenteerd met het betrekken van intermediairen en het starten van intersectorale groepen. Om de ervaringen met deze, voor de GGD nieuwe, werkmethoden na te gaan en de effectiviteit van deze onderdelen te bepalen is een aantal deelprojecten geëvalueerd. Ook deze komen aan bod in de procesevaluatie. De volgende paragrafen beschrijven de onderdelen uit deze procesevaluatie.

6.1 Intersectorale samenwerking op regionaal niveau

Een belangrijk uitgangspunt voor 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is de community-benadering. Cruciale vragen hierbij zijn 'Hoe kan de bevolking bij de lokale gezondheidsactiviteiten worden betrokken?' en 'Hoe kunnen de diverse sectoren die van invloed kunnen zijn bij het aan te pakken probleem worden georganiseerd?'. Bij de ontwikkeling, opzet en uitvoering van dit project wordt intersectorale samenwerking beschouwd als een sleutelbegrip. Deze samenwerking is van belang omdat de bevordering van een gezonde leefstijl en daarmee het terugbrengen van het risico van hart- en vaatziekten beschouwd wordt als een collectieve verantwoordelijkheid. Onder de aandacht moet worden gebracht dat de verschillende sectoren keuzen (kunnen) maken die meer of minder directe gevolgen hebben voor de gezondheid van de bevolking van Zuidoost-Drenthe. Intersectorale samenwerking wordt in dit project op twee manieren vorm gegeven, namelijk door bilaterale samenwerking en door gemeentelijke projectgroepen.

De resultaten van een procesevaluatie, die is uitgevoerd naar de mate waarin intersectorale samenwerking is gerealiseerd, staan hieronder beschreven. Bovendien is een behoefteonderzoek uitgevoerd naar de belangstelling van intermediairen om in de toekomst betrokken te blijven bij het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Intermediairen zijn organisaties die in het proces van voorlichting een bemiddelende rol kunnen spelen tussen de voorlichtende instantie en haar doelgroepen.

6.1.1 Materiaal en methode

Tien groepen intermediairen zijn bij het onderzoek betrokken. Een aselechte steekproef van 20% is getrokken uit de adreslijst van zes groepen intermediairen. De vier overige groepen intermediairen waren te klein om een steekproef uit te trekken. Alle organisaties uit deze groepen zijn bij het onderzoek betrokken. Tabel 6.1 geeft hiervan een overzicht. Ook de steekproefgrootte en het werkelijke aantal organisaties in de betreffende sector is weergegeven. De onderzoekspopulatie omvat zowel organisaties waarmee al wordt samengewerkt (bilateraal of via een gemeentelijke projectgroep) als organisaties waarmee (nog) niet wordt samengewerkt.

Tabel 6.1 Overzicht intermediaire sectoren in het onderzoek

	aantal
huisartsen	15 ¹
gezondheidsorganisaties	8
scholen (basis- en voortgezet onderwijs)	33 ¹
sportambtenaren	9
vrouwenorganisaties	29 ¹
sociaal-cultureel werk	9
bedrijven	29 ¹
horeca	46 ¹
media	11 ¹
overig	2
totaal	191

1) Steekproef van 20%

In de periode juni tot en met augustus 1993 zijn telefonische enquêtes afgenomen. Dit betekent dat er gemeten is na een totale projectduur van ongeveer twee jaar. Zowel open als gesloten vragen zijn gesteld aan een contactpersoon bij de betreffende organisatie, bijvoorbeeld de directeur van een school of de voorzitter van een vrouwenraad. Met behulp van de vragenlijst diende inzicht te worden verkregen in de vraag in hoeverre een draagvlak is gecreëerd onder de intermediairen in Zuidoost-Drenthe met betrekking tot de promotie van een gezonde leefstijl. Daarnaast moest inzicht worden verkregen in de mate waarin intermediairen betrokken zijn geweest bij het opzetten en uitvoeren van activiteiten in het kader van het project. Bovendien diende inzicht te worden verkregen in de vraag in welke mate de intermediairen in de toekomst betrokken zouden willen worden bij het opzetten en uitvoeren van leefstijlactiviteiten.

6.1.2 Resultaten

Respons

Van de 191 organisaties hebben 38 niet meegewerkt aan het onderzoek vanwege vakantie, 8 wilden geen medewerking verlenen en 11 konden niet worden bereikt. De respons komt hiermee op 134 organisaties (70%).

Bekendheid

Van alle respondenten had 63% al eens eerder gehoord van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. De manieren waarop de meeste respondenten ervan hoorden was via kranten (84%), een brief van het project (74%), de projectfolder (74%) en collega's (52%). Van alle intermediairen wist 1% niet (meer) op welke manier zij van het project hadden gehoord. In de tweede helft van 1991, de periode waarin het project is gestart, hoorde 33% voor het eerst van het project. Van de overige respondenten hoorde 19% voor het eerst van het project in de eerste helft van 1992, 20% in de tweede helft van 1992, 13% in de eerste helft van 1993 en 15% weet niet meer wanneer men voor het eerst van het project hoorde. Bij de vraag naar de reden voor het opzetten van het project noemt 56% de hoge sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten, en 33% de promotie van een gezonde leefstijl. Andere redenen die werden genoemd zijn roken (4%), voeding (4%), beweging (1%) en het antwoord 'anders, namelijk..' (2%). Het onderwerp stress werd niet genoemd en 11% kon geen reden noemen. De meest bekende hoofdthema's waren voeding (69%) en beweging (66%). Minder bekend zijn roken (49%) en stress (22%); 26% kon geen enkel hoofdthema noemen. Dat de GGD de uitvoerende organisatie is wist 56% en 14% noemde een andere organisatie. De meest genoemde activiteiten van het project waren de fitheidstest (32%), de onderwijsacties (22%), de stop-met-roken informatieavond (19%) en de voedingsmanifestatie (16%). Van de intermediairen kon 28% geen activiteit noemen. Bij 71% van de organisaties was het project wel eens besproken, en 28% had er wel eens met collega's van andere organisaties over gesproken.

Belangstelling

Van de ondervraagde intermediairen vond 61% het project interessant voor de eigen organisatie. Hiervan gaf 38% als reden dat zij een vermindering van sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten of de promotie van een gezonde leefstijl als een verantwoordelijkheid zien. Het grootste deel gaf het antwoord 'anders, namelijk..'. De intermediairen die het project niet interessant vonden voor hun organisatie gaven als reden dat zij een vermindering van sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten of de promotie van een gezonde leefstijl niet als een eigen verantwoordelijkheid zien (31%), geen tijd hebben (28%), er wordt al veel op dit gebied gedaan met andere organisaties (16%) en 44% geeft het antwoord 'anders,

namelijk..'. De interesse voor de thema's was als volgt: voeding (75%), beweging (71%), roken (62%) en stress (62%). Van alle respondenten dacht 84% een bijdrage te kunnen leveren aan het promoten van een gezonde leefstijl, en 62% vond dit een verantwoordelijkheid van de eigen organisatie. Een derde (34%) zag dit niet als een verantwoordelijkheid.

Betrokkenheid

Bijna de helft (46%) van de intermediairen gaf aan wel eens schriftelijk of telefonisch benaderd te zijn door één van de projectmedewerkers. Bij 67% leidde dit contact tot samenwerking. Het verloop van deze samenwerking vond 72% goed, 24% redelijk en 4% slecht. Van alle respondenten had 41% wel eens samengewerkt of contact gehad met andere organisaties op het gebied van roken, voeding, beweging en stress. Bij 53% vond dit plaats zowel voor als na de aanvang van het project in mei 1991, bij 22% alleen voor mei 1991 en bij 25% na mei 1991. De vraag of men (nog) wel eens door het project benaderd zou willen worden, beantwoordde 63% met ja, 29% met nee en 7% weet het niet. De interesse van de respondenten die het project niet kenden, was voor de projectonderwerpen als volgt: voeding (79%), beweging (62%), roken (59%) en stress (56%) (Dijkstra, 1993).

6.1.3 Conclusie en discussie

Conclusie

Binnen het project worden drie niveaus van draagvlak onderscheiden. Van niveau één tot drie zijn dit: bekendheid, belangstelling en betrokkenheid. Op het niveau van bekendheid is er een breed draagvlak. Van de intermediairen was 63% (n=85) bekend met het project. De enige groep intermediairen die hiervan afweek is de horeca; slechts 19% (n=6) had al eens eerder gehoord van het project. Op het niveau van belangstelling is het draagvlak iets minder breed, want 61% (n=52) van de intermediairen die bekend waren met het project had er belangstelling voor. Niettemin kan er op dit niveau van een breed draagvlak worden gesproken. Ook hier vormde de horeca een uitzondering, want geen enkel horeca-bedrijf uit de steekproef had interesse voor het project. De vrouwenorganisaties toonden eveneens minder interesse dan de rest van de intermediairen; 33% (n=7) had belangstelling. Op het niveau van betrokkenheid is het draagvlak het minst breed. Van de intermediairen die zeiden dat ze wel eens benaderd zijn door het project werkte 67% (n=26) samen met het project. Hiertoe behoorden geen horeca-bedrijven uit de steekproef. Van alle intermediairen werkte 41% (n=55) wel eens samen met andere organisaties op het gebied van de promotie van een gezonde leefstijl. Bij 22% (n=12) vond dit plaats voor de start van het project in mei 1991, en bij 25% (n=14) was dit na mei 1991. Een meerderheid van 53% (n=290) was betrokken bij andere organisaties voor én na mei 1991.

De vraag naar belangstelling om in de toekomst betrokken te worden bij het opzetten en uitvoeren van HARTstikke Goed! activiteiten is in de enquête vrijblijvend geformuleerd door te vragen of de intermediairen (nog) wel eens door het project benaderd zouden willen worden. Van alle intermediairen reageerde 63% (n=85) hierop positief. Het draagvlak op het niveau van betrokkenheid kan dus nog veel breder worden. De horeca vormde opnieuw een uitzondering, slechts 25% (n=8) gaf aan bereid te zijn een volgende keer medewerking te verlenen aan het project.

Concluderend kan worden gesteld, dat onder de intermediairen in Zuidoost-Drenthe, de bekendheid van, de belangstelling voor en de betrokkenheid bij het project groot is. De intermediaire groep horeca vormt hierop de enige uitzondering. Gezien de reacties van de intermediairen kan het draagvlak op alle niveaus nog veel breder worden. Dit is ook nodig voor de continuering van de promotie van een gezonde leefstijl na afloop van de eerste projectperiode. Intersectorale samenwerking, als sleutelbegrip in de community benadering, is een goede strategie gebleken voor een preventieproject in een grote regio.

Discussie

Voorzover bekend zijn er in Nederland geen vergelijkbare onderzoeken gedaan naar het functioneren van intermediairen binnen een project dat gebruik maakt van een community-benadering. De resultaten van dit onderzoek staan daarom op zichzelf. In de conclusies ligt de nadruk op de algemene resultaten. Dit komt doordat alleen de totale groep respondenten (n=134) groot genoeg is om representatieve uitspraken te doen. De meeste intermediaire groepen zijn te klein om conclusies uit te trekken die representatief zijn voor die betreffende groep. Hierdoor is een vergelijking tussen de intermediaire groepen niet mogelijk. De waarde van de onderzoeksgegevens ligt in het beeld dat wordt verkregen over het functioneren van de totale groep intermediairen binnen het project.

De bekendheid van het project is waarschijnlijk groter dan 63%. Veel mensen kennen wel enkele activiteiten, maar weten niet dat ze worden georganiseerd door een project met de naam 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Het hoofdthema stress is niet goed bekend. Dit komt waarschijnlijk doordat in de interventieperiode weinig activiteiten over dit onderwerp zijn georganiseerd. Binnen 71% (n=60) van de organisaties was wel eens gesproken over het project en 28% (n=24) had er wel eens met andere organisaties over gesproken. Waarschijnlijk wordt er binnen organisaties op een informele manier vrij veel over het project gesproken, maar in mindere mate op een formele manier zoals bijvoorbeeld tijdens een vergadering tussen organisaties.

Het project gaat er van uit dat alle 10 intermediaire groepen een bijdrage kunnen leveren aan de promotie van een gezonde leefstijl; 84% (n=113) van de

intermediairen was het hiermee eens. Deze organisaties moeten er eerst van worden overtuigd dat ze daadwerkelijk een bijdrage kunnen leveren aan deze promotie, voordat ze een samenwerking met het project zullen overwegen. De promotie van een gezonde leefstijl zag 62% als een verantwoordelijkheid van de eigen organisatie. Dit percentage bestaat voornamelijk uit intermediairen met een direct gezondheidsbelang, zoals gezondheidsorganisaties en huisartsen. Intermediairen zonder een direct gezondheidsbelang moeten gewezen worden op deze verantwoordelijkheid en de mogelijkheden, zodat zij het belang van samenwerking met het project inzien en bereid zijn actie te ondernemen. Opvallend is dat 66% (n=22) van de horeca dacht een bijdrage te kunnen leveren aan het promoten van een gezonde leefstijl, en dat 44% (n=14) dit zag als een eigen verantwoordelijkheid. Deze cijfers komen niet overeen met de geringe belangstelling van de horeca voor het project. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de horeca-ondernemers wel iets willen doen aan de promotie van een gezonde leefstijl, maar niet in samenwerking met een project.

6.2 Gemeentelijke projectgroepen

In de voorbereidingsfase van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is gezocht naar een samenwerkingsstructuur die aan een viertal voorwaarden zou moeten voldoen. Dit waren een breed draagvlak, een efficiënte werkwijze, een grote kans op continuïteit en aansluiting bij de bestaande situatie. Op basis hiervan werd gekozen voor de oprichting van gemeentelijke projectgroepen. In de loop van het project kwam steeds meer de nadruk te liggen op deze groepen. De verwachting was dat deze groepen een doeltreffend systeem zouden vormen om de bevolking en organisaties te betrekken bij beleidsplanning en -ontwikkeling en bijdragen aan de preventie op maat. Om de ervaringen met de gemeentelijke projectgroepen in kaart te brengen en na te gaan of aan de verwachtingen wordt voldaan is het proces van de totstandkoming en de werkwijze van de gemeentelijke projectgroepen op een aantal wijzen geëvalueerd. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de procesevaluatie volgens het 10-fasenmodel, het procesonderzoek naar de totstandkoming van de gemeentelijke projectgroepen en een vervolgonderzoek naar het functioneren van de projectgroepen weergegeven. De achtergrond van het 10-fasenmodel is in hoofdstuk 3 besproken.

6.2.1 Materiaal en methode

Het procesonderzoek naar de gemeentelijke projectgroepen bestaat uit drie afzonderlijk uitgevoerde evaluaties. Hieronder wordt de werkwijze toegelicht.

De beschrijving van de fasen uit het 10-fasenmodel is voornamelijk gebaseerd op ervaringen van GGD-medewerkers en projectmedewerkers, gesprekken met betrokkenen, notulen van projectgroepen en uitgevoerde activiteiten in de eerste, tweede en derde projectperiode.

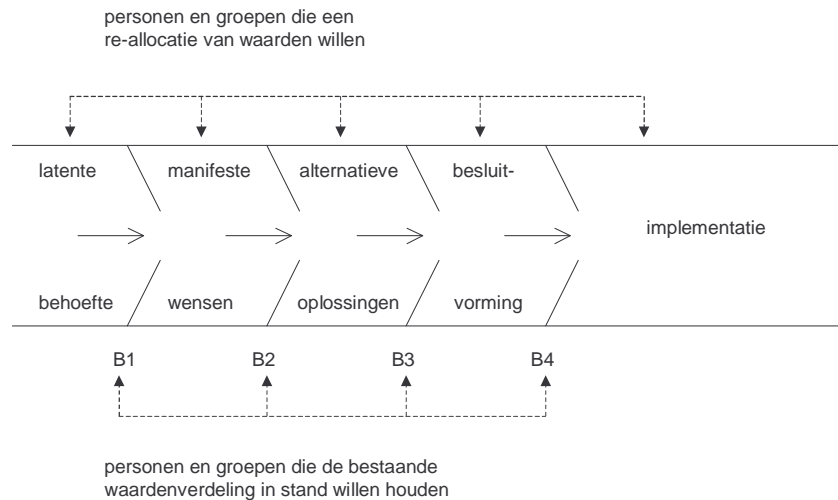
Opstarten van projectgroepen, initiatiefase

Om te onderzoeken welke (f)actoren hebben bijgedragen aan het al dan niet instellen van een gemeentelijke projectgroep (initiatiefase) is gebruik gemaakt van dossieronderzoek (onder andere notulen, briefwisseling tussen GGD en gemeenten, ambtelijke adviezen) en interviews met de betrokken welzijnsambtenaren. De onderzoekspopulatie bestaat uit de welzijnsambtenaren van de acht gemeenten in Zuidoost-Drenthe. Eén gemeente is niet in het onderzoek betrokken.

Aan de hand van het barrièremodel van Bachrach en Baratz (1970) wordt aangegeven welke barrières tijdens de initiatiefase kunnen optreden in het besluitvormingsproces bij de gemeenten. Het genoemde model is een agendavormingsmodel, waarin systematisch aandacht wordt besteed aan de tegenspoed die een bepaald thema op zijn weg van latente behoefte tot uitgevoerd beleid kan tegenkomen. Dit zijn zogenaamde non-decisions. Het barrièremodel is schematisch weergegeven in figuur 6.1.

In de maatschappij zijn personen of groepen die op een gegeven moment inzien dat de waardenverdeling van de samenleving aan herziening toe is. Zij proberen hun, tot dan toe min of meer latente, behoefte als manifeste wens op de agenda te krijgen. Die personen en groepen die belang hebben bij het in stand houden van de bestaande waardenverdeling zullen proberen dit te voorkomen. De eerste barrière (B1) bestaat uit een 'prevention of want-demand conversion'; de partijen moeten overeenstemming hebben over het belang om gezamenlijk iets te doen aan het probleem. De volgende stap in het besluitvormingsproces bestaat uit het aandragen van oplossingen en alternatieven die het beoogde beleidseffect dichterbij dienen te brengen. Gezocht wordt naar thema's die in beginsel een plaats op de besluitvormingsagenda zouden kunnen krijgen. Ook deze stap kan verhinderd worden. In de figuur is dat de tweede barrière, te weten 'prevention of demand issue conversion' (B2). De fase van besluitvorming wordt bepaald door allerlei regels met betrekking tot de besluitvorming zoals: de vorm waarin een besluit genomen moet worden, adviesprocedures, stemprocedures, enzovoort. Deze regels zijn neutraal, maar worden in het model gebruikt als barrière (B3). Nadat een besluit is genomen hoeft het niet altijd uitgevoerd te worden. Ook hier kan een barrière worden opgeworpen (B4). Alle aanwezige barrières moeten genomen worden om de gewenste beleidseffecten te bereiken.

Omdat het barrièremodel alleen aangeeft waar en welke barrières kunnen worden opgeworpen in het besluitvormingsproces wordt het onderzoek gecompleteerd door middel van vijf exogene factoren die een verklaring kunnen geven waarom de gemeenten besluiten mee te werken aan het project en de barrières overwinnen: tijdbesteding, subsidiëring, aansluiting op reguliere werkzaamheden, grootte van de gemeente en tot slot deskundigheid, volksgezondheid en voorlichting.



Figuur 6.1 Schematische voorstelling van het barrièremodel (Van Dijk, 1992)

Procesevaluatie eerste projectperiode

In de eerste projectperiode is in de gemeenten waar de initiatiefase succesvol verlopen is een vervolgonderzoek gedaan naar het doorlopen van de presentatie- tot en met de evaluatiefase: het functioneren van de gemeentelijke projectgroepen. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van dossieronderzoek en schriftelijke enquêtes. Er zijn twee verschillende vragenlijsten gebruikt. Een vragenlijst was bedoeld voor de twee projectgroepen die in de presentatiefase zijn blijven steken (niet-geslaagde projectgroepen). De andere vragenlijst is voorgelegd aan de vier projectgroepen die alle fasen, tot en met de implementatiefase, hebben doorlopen (geslaagde projectgroepen).

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit alle personen die ooit formeel zijn benaderd om aan een gemeentelijke projectgroep deel te nemen. Uit deze populatie is geen steekproef getrokken. De respons op de schriftelijke enquêtes was 88% en 53% in respectievelijk de geslaagde en niet-geslaagde projectgroepen.

6.2.2 Resultaten

In het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' hebben zes lokale projectgroepen invulling gegeven aan de community-benadering. Al deze projectgroepen hebben het 10-fasenmodel volledig doorlopen. Het 10-fasenmodel is dynamisch, niet alle groepen staan even lang stil bij één fase en meer fasen worden soms gelijktijdig doorlopen. De eerste vier projectgroepen hebben fase nul tot en met zeven (oriëntatie tot en met evaluatie) uitgevoerd in de eerste projectperiode. De laatste fasen (presentatie, behoud/consolidatie en verankering) hebben zij uitgevoerd in de tweede projectperiode. Voor een uitvoerige beschrijving van de eerste fasen wordt verwezen naar De Vries (1995). De twee later gestarte projectgroepen hebben de fasen in de tweede subsidieperiode doorlopen. Deze projectgroepen konden sommige fasen versneld doorlopen, omdat de benodigde kennis en informatie al aanwezig waren bij de GGD. Hieronder worden de achtereenvolgende fasen van het model besproken.

Fase 0 Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase is een globaal raamwerk voor de opzet en inhoud van het project gemaakt. Dit resulteerde in een projectvoorstel. De oriëntatie vond plaats op het gebied van hart- en vaatziektenproblematiek en de te volgen strategie om leefstijlelementen die een risico vormen voor hart- en vaatziekten in gunstige zin om te buigen. Deze fase werd uitgevoerd door medewerkers van de GGD. Participatie van de bevolking en samenwerking met intermediairen bij de uitvoering of interpretatie van de analyses vonden niet plaats.

Probleemanalyse

De aanleiding voor het project was in feite tevens de probleemanalyse die werd uitgevoerd. Uit de analyse van sterftcijfers in de regio Zuidoost-Drenthe bleek dat er, met name onder mannen, ten opzichte van de Nederlandse situatie een oversterfte was. Binnen het lopende PreTensie-project bestonden te weinig mogelijkheden voor voorlichting en preventie. Daarom werd besloten tot een vervolgproject met meer aandacht voor collectieve preventie van hart- en vaatziekten.

Strategie

In de oriëntatiefase is verder gekeken naar mogelijke te volgen strategieën. Er werd een literatuurstudie verricht naar strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten en naar community-based preventie projecten in binnen- en buitenland. Hierbij ging het er vooral om zicht te krijgen op de strategieën die gebruikt konden worden om leefstijlelementen in gunstige zin om te buigen. Tevens werd gekeken naar concrete preventieactiviteiten die eventueel toegepast konden worden.

Op basis van deze oriëntatie werd een aantal keuzes gemaakt voor de uitvoering van het project. Als eerste werd gekozen voor een combinatie van algemene en gerichte preventie. Algemene preventie is gericht op de gehele bevolking van een bepaald gebied en gerichte preventie omvat activiteiten die zijn gericht op (groepen) personen met een verhoogd risico. Vervolgens werd gekozen voor preventie gericht op een verandering van leefstijl. Naast preventie van hart- en vaatziekten werd tenslotte gekozen voor gezondheidsbevordering. In deze fase werd besloten om de community-benadering te hanteren bij de uitvoering van het programma. Het project werd afgebakend door te kiezen voor de vier projectthema's voeding, beweging, roken en stress.

Doelgroep

Het kenmerk van de community-benadering is dat de doelgroep bestaat uit alle leden van een bepaalde gemeenschap, bijvoorbeeld inwoners van een wijk, dorp of gemeente. De doelgroep van het project bestond daarmee uit alle inwoners van de regio Zuidoost-Drenthe. Naast de algehele populatie werden jongeren, mannen en personen met een lage sociaal-economische status als specifieke doelgroep aangemerkt.

Doelstelling

In de oriëntatiefase zijn op basis van de gemaakte keuzes de twee doelstellingen opgesteld. Ten eerste de promotie van een gezonde leefstijl en ten tweede het opdoen van ervaring met de community-based werkwijze. In hoofdstuk 4 zijn deze doelen uitgebreid beschreven.

De theorie van gedragsverandering via voorlichting (Kok, 1985) is gehanteerd bij het in gang zetten en bevorderen van leefstijlverandering. De sociale marketing theorie is gebruikt bij het ontwerp en distributie van de inhoud. De community organisation theorie stond model voor het ontvankelijk maken van de omgeving. Dit maakte een effectieve inzet van de activiteiten mogelijk en stimuleerde de gemeenschap om een eigen bijdrage te leveren.

Fase 1 Community-analyse

Om gericht activiteiten te kunnen ontplooiën en efficiënt gebruik te kunnen maken van de aanwezige infrastructuur is inzicht in de aanwezige risicofactoren, kennis en beschikbare menskracht nodig. Deze is op verschillende manieren verkregen. Hierbij gold dat participatie van belang is. Inwoners hebben een belangrijk aandeel in het vaststellen van hun gezondheidsbehoeften en noden en de manier waarop deze worden aangepakt (Brouwer, 1992). Via bronnenonderzoek en de gezondheidsenquête werden kwantitatieve (objectieve) gegevens verzameld. Kwalitatieve (subjectieve) gegevens werden verzameld via sleutelfigurenonderzoek, groepsgesprekken, interviews en de gezondheidsenquête. De kwantitatieve gegevens vormden de basis voor de globale

terreinafbakening, terwijl de kwalitatieve gegevens gebruikt worden voor de ontwikkeling en uitvoering van concrete programma's.

Epidemiologische analyse

Allereerst werd een vooronderzoek gedaan naar sterfte als gevolg van cardiovasculaire oorzaken en naar gedrag dat in verband kan staan met het ontstaan van hart- en vaatziekten. Naast het onderzoek naar sterfte had in feite ook een sociale diagnose plaats moeten vinden. Dit is niet gebeurd. Het vooronderzoek werd beschouwd als voldoende legitimatie om door middel van het project te interveniëren op de uit literatuur bekende determinanten van het probleem hart- en vaatziekten.

Gedragsdiagnose

Naast de analyse van sterftcijfers werd door middel van schriftelijke vragenlijsten, inzicht verkregen in de leefstijlsituatie en belangrijke determinanten hiervan. Een representatieve steekproef uit de bevolking ontving deze vragenlijsten. Tevens vond een literatuurstudie plaats naar de relatie tussen gedrag en hart- en vaatziekten. Op deze wijze zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld over het verband tussen de vier gedragsfactoren (voeding, beweging, roken en stress) en hart- en vaatziekten. Bovendien werd in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen gedrags- en omgevingsfactoren. Dit werd gedaan door behalve naar gedrag ook te vragen naar wat men nodig zou hebben om het gewenste gedrag uit te kunnen voeren. Op een lager systeemniveau, namelijk op gemeentelijk niveau, werden meningen en ideeën van belangrijke intermediaire doelgroepen verzameld. In de determinantenanalyse werd aangesloten bij het interventiemodel leefwijzen (Nota 2000).

Vanuit de factoren die een rol spelen bij hart- en vaatziekten werd nagegaan welke aangrijpingspunten er zijn voor mogelijke preventieactiviteiten. De mogelijkheden van gedragsbeïnvloeding waren hier van groot belang. Op basis van het model van gedragsverandering via voorlichting is nauwgezet gekeken op welke wijze inhoud gegeven kon worden aan programma's, bijvoorbeeld in de uitwerking van de determinantenanalyse naar mogelijke interventiedoelen. Dit werd eveneens uitgewerkt (en getest) voor concrete activiteiten.

Sociale kaart

Belangrijk bij de gekozen strategie is de sterke nadruk op intersectorale samenwerking tussen bestaande organisaties. Daarom werd van alle negen gemeenten in Zuidoost-Drenthe een sociale kaart gemaakt. In kaart werd gebracht welke middelen en menskracht aanwezig zijn en ingezet kunnen worden. De sociale kaart bevatte gegevens over de bevolkingssamenstelling, de dorpen per gemeente, de aanwezige verenigingen en de aanwezige voorzieningen. Via gesprekken met sleutelfiguren werd inzicht verkregen in de belangstelling voor nieuwe activiteiten en reeds bestaande activiteiten op het gebied van een gezonde leefstijl. Door de projectmedewerkers werd geïnventariseerd welke hulpbronnen

en ondersteunende organisaties een bijdrage zouden kunnen leveren aan de doelstellingen van het project.

Intersectorale samenwerking

Vanaf de start van het project streefde de organisatie naar intersectorale samenwerking. In deze fase is contact gezocht met andere organisaties. Aanvankelijk betrof dit vooral bilaterale samenwerking en werd gebruik gemaakt van de goede contacten die de GGD had met verschillende organisaties. Daarnaast was er contact met diverse andere organisatie binnen en buiten de gezondheidssector: huisartsen, thuiszorg, het Sport Medisch Adviescentrum, het RIAGG, cardiologen, onderwijs, gemeenten, sociaal cultureel werk, de horeca en media. Een belangrijk punt dat bij samenwerking werd gehanteerd is het win-win principe en shared ownership.

Gemeentelijke projectgroepen

In deze fase werd de doelstelling van de gemeentelijke projectgroep als volgt geformuleerd: het invoeren van een doeltreffend systeem om de bevolking en organisaties te betrekken bij beleidsplanning en -ontwikkeling. De tweede doelstelling was het ontwikkelen van strategieën ter bevordering van een gezonde leefstijl, rekening houdend met de specifieke lokale omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten. Projectmedewerkers van de GGD voerden deze fase uit.

Fase 2 Initiatie

In deze fase zijn de projectgroepen daadwerkelijk ingesteld. Hieraan voorafgaand moest een aantal stappen worden gezet. Allereerst werden de welzijnsambtenaren van de gemeenten in Zuidoost-Drenthe door middel van een uitgebreide brief van de GGD uitgenodigd voor een toelichting op het project. Vervolgens hebben de welzijnsambtenaren die met het project verder wilden, contact opgenomen met het college van B&W om toestemming te krijgen voor medewerking aan het project. Daarna bespraken de GGD-medewerkers met de welzijnsambtenaar van de betreffende gemeenten een nadere uitwerking van het plan. Tenslotte werd een definitief besluit genomen tot wel of geen deelname.

Procesevaluatie initiatie volgens barrièremodel

Vier gemeenten uit de responsgroep gingen in eerste instantie niet over tot de instelling van een gemeentelijke projectgroep. Eén gemeente wilde geen standpunt innemen over het probleem van hart- en vaatziekten en herkende de eigen gemeente niet in de uitkomst van de door de GGD gehouden gezondheidsenquête 1991. Met andere woorden, er bestond geen overeenstemming tussen de GGD en deze gemeente over het probleem zodat de eerste barrière werkte. In de tweede gemeente werkte de tweede barrière. Het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' werd niet geaccepteerd als een goede oplossing voor het probleem. De

gemeente erkende weliswaar de gemeentelijke taakstelling op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, maar gaf te kennen dat deze taak door de GGD uitgevoerd diende te worden. Het was in de opvatting van deze gemeente onterecht dat de GGD de gemeente om medewerking vroeg bij het project. Ook in de derde gemeente werkte de tweede barrière. De welzijnsambtenaar aldaar vond het project een te zwaar middel en achtte de uitwerking niet realiseerbaar. Bij de vierde gemeente werkte de vierde barrière. De implementatie van het besluit tot instelling van twee projectgroepen mislukte. Voorwaarde voor de implementatie is dat participanten worden gevonden die bereid zijn zitting te nemen in de gemeentelijke projectgroep. De welzijnsambtenaar kon onvoldoende participanten vinden, die blijvend in de projectgroep wilden participeren, zodat besloten werd de projectgroep op te heffen. In de vier gemeenten met een gemeentelijke projectgroep bleek met de GGD overeenstemming te bestaan over de ernst van het probleem van hart- en vaatziekten. De vier gemeenten accepteerden het project als middel voor de oplossing van het probleem. Het besluitvormingstraject vormde ook geen barrière voor het project. De welzijnsambtenaren van deze vier gemeenten gaven een positief advies dat door de gemeenteraad c.q. het college van burgemeester en wethouders werd overgenomen. Tenslotte werden voldoende participanten bereid gevonden zitting te nemen in de projectgroepen. Geen van de vier barrières bleken aanwezig.

Met betrekking tot de vier exogene factoren kan het volgende worden opgemerkt. Ten aanzien van de factor tijdsbesteding was een duidelijk verschil waar te nemen tussen gemeenten met en gemeenten zonder een gemeentelijke projectgroep. Drie van de vier gemeenten met een projectgroep onderschreven de door de GGD gestelde tijdsbesteding van één dag per maand. De vierde gemeente trok als oplossing voor het probleem een banenpooler aan. De vier gemeenten waarin geen projectgroep was geformeerd vonden de voorgestelde tijdsbesteding niet voldoende.

Aan de verwachting dat naarmate de gemeente groter is er meer afstand tussen de gemeente en de bevolking bestaat met als gevolg dat de mobilisatie van steun moeilijker zou verlopen, werd eveneens voldaan. De vier gemeenten met een gemeentelijke projectgroep zitten in de categorie kleine gemeenten met een inwonertal van beneden de 10.000. Van de grotere gemeenten trachtte Emmen participanten te mobiliseren voor een projectgroep, maar de welzijnsambtenaar slaagde daar niet in. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat niet alle sectoren in voldoende mate werden aangeschreven of dat er een verouderd adressenbestand werd gebruikt. Uit de ervaring bij andere projectgroepen bleek namelijk dat de belangrijkste reden om projectgroeplid te worden was dat men door de eigen organisatie werd aangewezen. De participatiegraad zou dus bevorderd kunnen worden als een persoon van de betreffende wijk of dorp personen zoekt voor de projectgroep. De exogene factoren subsidiëring, aansluiting op reguliere werkzaamheden en de in de gemeente aanwezige

deskundigheid op het gebied van volksgezondheid en gezondheidsvoorlichting geven geen verklaring voor het genomen besluit in de gemeenten (Westera, 1993).

Werven van projectgroepleden

Na een gemeentelijk besluit tot het opstarten van een projectgroep zochten de gemeente en de GGD vertegenwoordigers van verschillende groepen in de gemeente. Hiervoor werd een lijst opgesteld met organisaties en groepen in de gemeente die een waardevolle inbreng zouden kunnen hebben in een projectgroep.

Mogelijke leden waren:

- een vertegenwoordiger van de gemeente: een welzijnsambtenaar,
- vrijwilligers: geïnteresseerde individuen uit de gemeente,
- een vertegenwoordiger van een organisatie binnen of buiten de gezondheidszorg, zoals:
 - een vrouwenraad;
 - het ouderenwerk;
 - het onderwijs;
 - de ouders;
 - een sportraad/vereniging;
 - een lijnorganisatie;
 - een bibliotheek;
 - een diëtist;
 - een fysiotherapeut;
 - een wijkverpleegkundige;
 - een gezinsverzorgende;
 - het jongerenadvieswerk;
 - het sociaal-cultureel werk;
 - een huisarts;
 - de bedrijven (supermarkt);
 - de winkeliers/horeca;
 - een milieubeweging;
 - een diabetes vereniging;
 - de EHBO;
 - het Rode Kruis;
 - de Vrienden van de Hartstichting.

De bedoeling was dat vanuit alle relevante sectoren binnen de gemeente een vertegenwoordiger in de projectgroep zou komen. Uitgangspunt bij de samenstelling van de projectgroepen was dat ieder projectgroeplid bij zou dragen aan het gezamenlijke doel. Hij of zij moest proberen medewerking te verkrijgen van personen, organisaties of verenigingen binnen de eigen sector en zo mogelijk ook daarbuiten. Men fungeert als contactpersoon voor de eigen achterban. Er werd tevens van de projectgroepleden verwacht mee te denken en te werken aan activiteiten buiten de eigen sector. De groepen hadden een open karakter, dit wil zeggen dat ook gedurende het jaar mensen zich konden aansluiten bij de

projectgroep. Wanneer iemand uit de projectgroep stapte was het uitgangspunt dat men zelf een vervanger voorstelde uit de eigen sector. De ideale groeps grootte bleek tussen de 6 en 10 personen te liggen. In een aantal gemeenten werd al naar participanten gezocht voordat het besluit tot instelling van een projectgroep genomen was. Alle gemeenten deden veel om participanten voor de projectgroep te vinden.

Personen die waren benaderd voor een projectgroep in gemeenten waar uiteindelijk geen projectgroep is opgericht werden op vergelijkbare wijze geworven voor de projectgroepen. Ook de redenen om in eerste instantie te willen participeren verschillen niet van de genoemde redenen in de geslaagde projectgroepen. Zeven van de 18 respondenten zouden in de toekomst (opnieuw) belangstelling hebben om deel te nemen in een HARTstikke Goed!-projectgroep.

Draagvlak

Belangrijk bij het totstandkomen van projectgroepen is een draagvlak bij potentiële projectgroepleden. Om dit draagvlak te creëren was een goede bekendheid van het project noodzakelijk. In de beginperiode voerde de GGD zelf (grote) activiteiten rond de vier thema's uit. Veel van deze activiteiten werden samen met collega's uit andere sectoren georganiseerd. Voor specifieke projecten zoals de supermarktvoorlichting of preventie op de werkplek werd per project de samenwerking bilateraal georganiseerd.

In de praktijk bleek dat het opstarten van een gemeentelijke projectgroep veel tijd kost. Het doorlopen van deze fase nam gemiddeld een half jaar tot een jaar in beslag.

Fase 3 Presentatie

De presentatiefase bestond in de gemeentelijke projectgroepen uit een aantal stappen. Eerst werd door de GGD de visie gepresenteerd op de huidige situatie, waarna de projectgroep participanten hun visie naar voren brachten.

Gezamenlijke verkenning

Door de GGD werd de situatie toegelicht voor wat betreft de sterfte aan hart- en vaatziekten, de risicofactoren in het algemeen en in de regio in het bijzonder. Per leefstijlfactor werd hierop ingegaan. Aan de participanten werd gevraagd of de genoemde punten herkenbaar waren en als probleem werden gezien. Nagegaan werd welke leefstijlproblemen voorkwamen en welke risicogroepen naar de mening van de leden van de projectgroep konden worden onderscheiden. De uitkomsten verschilden per gemeente. Van de vier leefstijlfactoren bleek het bij de leefstijlfactor stress moeilijk aan te geven in hoeverre dit een probleem was in de eigen gemeente.

Bijstellen community-analyse

De bedoeling was dat participanten de informatie zouden terugkoppelen naar hun achterban. Hierdoor zou het beeld mede gebaseerd zijn op ideeën van andere inwoners van de gemeente. Bij de uiteindelijke keuze voor de uit te voeren activiteiten waren de opmerkingen van de projectgroepleden van doorslaggevende betekenis. In deze fase functioneerden de projectgroepen als een soort 'panelgroepen'. De door de GGD gemaakte analyse werd hier getoetst aan de lokale situatie. Binnen het kader van het project konden de projectgroepen zelf het vervolg bepalen.

Werkwijze gemeentelijke projectgroep

In deze fase was ook aandacht voor kennismaking. In de eerste projectgroeptbijeenkomsten werd nagegaan of uitbreiding van de groep nodig was en werden afspraken gemaakt over de manier waarop de projectgroep zou gaan functioneren. Het doel, de werkwijze (uitvoeren of coördineren), de tijdsbesteding, de taakverdeling, de vergaderstructuur en de financiële situatie werden besproken.

De gehanteerde werkwijze is niet geheel bottom up. Er werd gekozen voor een werkwijze waarbij de GGD het initiatief nam en als eerste een aantal belangrijke problemen presenteerde die volgens haar in die regio en in de betreffende gemeente speelden. Bovendien stelde de GGD een aantal beperkingen door aan te geven dat voeding, beweging, roken en stress de themaonderwerpen waren. Het is zeer de vraag of inwoners zelf zouden zijn gekomen tot de keuze van deze thema's. Voor de bevolking is het waarschijnlijk moeilijk om een goede risico-inschatting te maken. Men is slechts in beperkte mate op de hoogte van de omvang van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Een goede inschatting van de ernst van de situatie in de eigen regio is goed mogelijk na vergelijking met de landelijke situatie. De presentatie van de GGD bood dan ook een houvast aan de projectparticipanten om de regionale gegevens te vergelijken met de situatie in de eigen gemeente. Behalve aan een presentatie in de gemeentelijke projectgroepen werd veel tijd besteed aan publiciteit door middel van interviews, persberichten en dergelijke. Uit het evaluatieonderzoek bleek dat volgens 76% van de leden van projectgroepen de GGD een goed beeld gaf van de regionale situatie voor wat betreft ziekte en sterfte aan hart- en vaatziekten en de leefstijl. Voor de projectparticipanten bleek het redelijk tot (zeer) goed (89%) mogelijk een beeld te geven van de leefstijlsituatie van de groep/vereniging die men vertegenwoordigde of van de inwoners van de gemeente.

Fase 4 Inventarisatie

In de inventarisatiefase werd met de projectgroepen nagegaan wat er in het verleden georganiseerd was met betrekking tot leefstijl en welke activiteiten er nog gaande waren. Tevens werd bekeken of er bij lopende en succesvolle activiteiten kon worden aangesloten. Bovendien moesten de te ontwikkelen activiteiten de

bestaande activiteiten niet overlappen. Voordat de planningsfase van start ging, moest worden geïnventariseerd aan welke nieuwe activiteiten behoefte bestond. Tenslotte werd geïnventariseerd welke materialen bij de GGD aanwezig waren en konden worden ingezet. De inventarisatie vond plaats in de eerste bijeenkomsten van de projectgroepen.

Wat gebeurt er en wat verdient aandacht

In de eerste bijeenkomsten van de projectgroep werden de gezondheidsproblemen van de doelgroep, de eigen achterban in de gemeente, verder besproken. Er werd geïnventariseerd wat er al op dit gebied gebeurde, wat er nog nodig zou zijn en waar belangstelling voor zou kunnen zijn. De interesses en vragen vanuit de eigen achterban en de persoonlijke interesses van de projectgroepleden waren hierbij belangrijk. Vervolgens werden de aandachtsgebieden waarop actie ondernomen zou kunnen worden duidelijk en vond een voorlopige selectie van eerste activiteiten plaats.

Behoeft nieuwe activiteiten

Alle projectgroepen bespraken reeds vanaf de eerste vergadering de vraag aan welke activiteiten behoefte zou kunnen bestaan. Hierbij speelde ook de persoonlijke voorkeur van de projectgroepleden een rol. Leefstijlproblemen werden in de praktijk meestal direct gekoppeld aan oplossingen in de vorm van concrete leefstijlactiviteiten. Zo ontstonden er vele ideeën voor Hartstikke Goed!-activiteiten, vaak op een breder terrein dan alleen de vier projectthema's. De GGD hanteerde als belangrijk uitgangspunt dat de activiteiten zoveel mogelijk structureel uitgevoerd moesten kunnen worden. Een ander belangrijk uitgangspunt was dat de projectgroepleden zoveel mogelijk zelf de concrete inhoud dienden te bepalen, eventueel samen met andere organisaties in de gemeente. Uit de mogelijke activiteiten werd een aantal geselecteerd. Dit leidde tot het opstellen van een activiteitenplan.

Ondersteunend materiaal

Tijdens de vergaderingen in alle projectgroepen bleek op een bepaald moment behoefte aan inzicht in de bij de GGD aanwezige ondersteunende materialen. Ten behoeve van het project is daarom een overzicht opgesteld van de bij de GGD beschikbare voorlichtings- en overige ondersteunende materialen, literatuur, deskundigheden, en dergelijke, gerangschikt naar thema.

Fase 5 Planning

In de planningsfase werden twee stappen gezet: de prioritering van de activiteiten en het ontwerpen van een HARTstikke Goed!-actieplan. Het projectplan werd vervolgens aan de gemeente aangeboden.

Prioritering

Op basis van de eerste projectgroepvergaderingen werden prioriteiten gesteld in de uit te voeren HARTstikke Goed!-activiteiten. Hier speelden een aantal factoren een rol:

- de huidige leefstijlproblemen, de ernst en de omvang;
- de ervaringen met reeds uitgevoerde activiteiten;
- de mogelijkheid tot aansluiting bij bestaande activiteiten;
- de beschikbaarheid van materialen;
- de ervaringen van andere HARTstikke Goed!-gemeenten.

Succeservaringen in het verleden en ervaringen van andere projectgroepen speelden een zeer belangrijke rol bij de uiteindelijke keuze van activiteiten. De opstelling van het definitieve actieplan werd mede bepaald door de volgende criteria (De Vries, 1995):

- de haalbaarheid (zowel organisatorisch, uitvoerend als financieel);
- het bereik (er moet een zo breed mogelijk publiek bereikt worden);
- de toegankelijkheid (voor een goede opkomst moet de activiteit laagdrempelig zijn);
- de publiciteitswaarde;
- een zo goed mogelijke spreiding van activiteiten over de gemeente;
- blijvende of terugkerende activiteiten;
- originaliteit en vernieuwende waarde;
- uitnodigend tot een vervolgactiviteit.

Hoewel als belangrijk uitgangspunt gehanteerd werd dat de activiteiten zo veel mogelijk blijvend uitgevoerd moesten kunnen worden, bleken in de praktijk de haalbaarheid, het bereik en de publiciteitswaarde zeer belangrijke factoren bij de keuze van activiteiten. Het organiseren van eenmalige activiteiten sprak de projectgroepleden het meest aan, waarschijnlijk omdat de organisatie van deze activiteiten goed te overzien was en een einddatum kenden. Voor het organiseren van structurele en terugkerende activiteiten was minder belangstelling. Het succes van een uitgevoerde activiteit was vaak de reden voor het opnieuw uitvoeren ervan in de eigen projectgroep, maar ook aanleiding voor andere groepen om deze activiteit op te nemen in hun HARTstikke Goed-activiteitenplan. Voorbeelden van deze activiteiten zijn de Fitheidstesten, de bewegingsgroepen, de rook- en alcoholvoorlichting in het basisonderwijs, de stop-met-roken pakketten, de kookcursussen en het voedingsproject voor peuters en ouders. Zelfs na beëindiging van de lokale projectgroepen bestaat er nog een uitstralingseffect wat betreft activiteiten. Enkele organisaties hebben activiteiten structureel in het eigen werkplan opgenomen.

Ontwerp gemeentelijk HARTstikke Goed!-plan

In eerste instantie hebben de GGD-projectmedewerkers op basis van bespreking in de projectgroep een projectplan geschreven. Dit nam werk uit handen van de

projectgroepleden en bovendien werd verondersteld dat het gezamenlijk schrijven moeizaam zou verlopen. In de plannen werden de achtergrond, werkwijze en te organiseren activiteiten van de projectgroep beschreven. Daarnaast werd in het plan ingegaan op de tijdsplanning, de taakverdeling, de samenwerking en de randvoorwaarden. In de plannen van enkele projectgroepen werd tevens een publiciteitsparagraaf toegevoegd voor het project en haar activiteiten. Na de bespreking van het conceptplan werd het gemeentelijk Hartstikke Goed!-plan vastgesteld. De vervolgpunten van de vier projectgroepen die eerst gestart zijn, en de plannen van de later gestarte projectgroepen werden door de projectgroepen zelf geschreven.

Aanbieden plan aan gemeente

Het door de projectgroep vastgestelde activiteitenplan werd aangeboden aan de wethouder van volksgezondheid in de betreffende gemeente. Hierna vond de formele installatie van de gemeentelijke projectgroep plaats. Hierbij hielden enkele projectmedewerkers een korte inleiding. Er werden persberichten geschreven om de bevolking op de hoogte te brengen van de officiële start van het gemeentelijke project. De lokale pers werd uitgenodigd bij de overhandiging.

Fase 6 Implementatie

In deze fase werd het HARTstikke Goed!-actieplan concreet tot uitvoering gebracht. Door publiciteit werden de activiteiten onder de aandacht van de inwoners van de gemeenten gebracht. In deze fase werd een aantal uitgangspunten gehanteerd. In het ideale geval is aan alle onderstaande punten voldaan:

- de uitvoering ligt zoveel mogelijk in handen van vrijwilligers uit de doelgroepen in de gemeente;
- de voorbereidende taken worden zo veel mogelijk gespreid over de projectgroepmedewerkers;
- de activiteiten worden zoveel mogelijk gespreid over de dorpen per gemeente;
- indien nodig/gewenst wordt sponsoring gezocht;
- de activiteiten gaan zoveel mogelijk vergezeld van publiciteit.

Taakverdeling en organisatie

Omdat er zoveel verschillende activiteiten werden uitgevoerd, verliep de taakverdeling en de organisatie verschillend.

De GGD-projectmedewerkers hadden een relatief groot aandeel in de voorbereiding en organisatie van activiteiten. Voor uitvoerende werkzaamheden bleek het goed mogelijk om vrijwilligers te zoeken in de gemeente. Vrijwel alle projectparticipanten (93%) gaven aan dat ze andere inwoners van de gemeente gestimuleerd hadden tot deelname aan één of meerdere projectactiviteiten. Meestal gebeurde dit door erover te praten (69%) of posters op te hangen (55%). Dit wijst erop dat het project door de gekozen samenwerkingsvorm een groter bereik kan

hebben in vergelijking met een project dat alleen door de GGD wordt georganiseerd.

Het bleek in het algemeen goed mogelijk om vrijwilligers te werven uit de gemeente. Dit werd altijd gedaan door de projectparticipanten zelf. Zij vonden meestal vrijwilligers uit hun eigen organisatie of familie en bekenden uit hun dorp of gemeente. Het voordeel van de inzet van vrijwilligers en deskundigen uit de gemeente is dat dit drempelverlagend kan werken. De voorbereidende taken werden bovendien goed verdeeld over de participanten. De activiteiten werden uiteindelijk niet evenredig gespreid over de verschillende dorpen van de vier gemeenten. Veel activiteiten vonden in het grootste dorp van de betreffende gemeente plaats om redenen van ruimte en mogelijk bereik.

De GGD verzorgde in veel gevallen de publiciteit voor de activiteiten. In mindere mate werd dit ook door de projectparticipanten en de welzijnsambtenaren verzorgd. Een aantal leden van de projectgroepen (17%) leverde een financiële bijdrage aan het project. Dit is een beperkt aantal. Daarnaast werd voor verschillende activiteiten een geldbedrag ter beschikking gesteld door middel van sponsoring. Bovendien ontwikkelden zeven verschillende organisaties zelfstandig, buiten het project om, leefstijlactiviteiten. Dit geeft aan dat het project een belangrijk uitstralingseffect heeft. Door gebruik te maken van deze bestaande sociale netwerken worden mogelijk meer mensen bereikt, met name die personen die moeilijk door de traditionele methoden van voorlichting te bereiken zijn. Een mogelijk positief neveneffect van de gekozen samenwerkingsvorm is dat de onderlinge contacten tussen de organisaties, die zijn vertegenwoordigd in de projectgroep, zijn verbeterd. Voor organisaties is het gemakkelijker om contact met andere organisaties te zoeken.

Een aantal geplande activiteiten werd niet uitgevoerd in de implementatiefase. Dit had vooral te maken met tijdgebrek. Tevens bleek men niet enthousiast over cursussen te zijn. In één gemeente bestond voldoende belangstelling. In deze gemeente werd meer gebruik gemaakt van bestaande netwerken en groepen.

Fase 7 Evaluatie

De activiteiten die plaatsvonden konden goed geëvalueerd worden in de projectgroepvergaderingen. Op basis van de evaluatie werden programma's aangepast. In de volgende HARTstikke Goed!-plannen werden de veranderingen opgenomen.

Proces en effectevaluaties

Uitgebreide effect- en procesevaluaties vonden plaats in 1993, 1996 en 1998. In verband met tijdgebrek konden niet alle uitgevoerde activiteiten afzonderlijk worden geëvalueerd. Een aantal voorbeeld-activiteiten werd wel geëvalueerd. Deze projecten werden in de eerste periode door de GGD Zuidoost-Drenthe zelf georganiseerd.

Beoordeling activiteiten

De evaluatie van activiteiten gebeurde meestal in de projectgroepvergadering volgend op de activiteit. Besproken werd of de activiteit geslaagd was, voor herhaling vatbaar was en welke aanpassingen er in het programma zouden moeten worden uitgevoerd. Twee vragen stonden hierbij centraal.

- Is de concrete educatieve inhoud van een activiteit een effectief middel om gedragsverandering tot stand te brengen?
- Lukt het om voldoende deelnemers te krijgen voor de activiteit?

De ontwikkelde projectactiviteiten waren een goede aanvulling op de bestaande activiteiten volgens 83% van de respondenten. De beoordeling van enkele (grootschalige) door de GGD uitgevoerde programma's vond plaats door evaluatie in het begin van het project.

Voor projectgroepen was het verkrijgen van voldoende deelnemers bij een activiteit veelal de graadmeter voor een eventuele herhaling. Bij de beoordeling van de activiteit werd besproken welke aanpassingen nodig waren.

Procesevaluatie projectgroepen

Van de leden van de projectgroep dacht 66% dat er (veel) meer bereikt kon worden doordat de projectgroep een samenwerkingsverband is tussen verschillende organisaties. Opgemerkt werd dat de diverse samenstelling van de groep leidde tot een betere samenwerking met verschillende organisaties. De ondersteuning van de GGD vond 93% voldoende, 83% vond de GGD-ondersteuning bij het schrijven van het gemeentelijk actieplan voldoende. Uit het onderzoek is nog een ander positief neveneffect van de gekozen samenwerkingsvorm naar voren gekomen. Eenderde van de ondervraagden gaf aan dat er door het project een positieve verandering optrad in de onderlinge contacten tussen de eigen en één of meerdere organisaties vertegenwoordigd in de projectgroep.

De meeste participanten vonden dat zij (en andere leden van de organisatie die zij vertegenwoordigden) vooral een organisatorische (59%) en uitvoerende bijdrage (72%) hadden geleverd. Opvallend is dat slechts 31% van de respondenten vond dat zij een inhoudelijke bijdrage leverde. De hoeveelheid tijd die de leden van projectgroep aan het project besteedden varieerde van één à twee uur, tot 20 uur per maand. Met betrekking tot de continuïteit kan worden opgemerkt dat vrijwel alle respondenten, namelijk 93%, het (zeer) belangrijk vonden dat het project en de projectgroep werden gecontinueerd (De Vries, 1994).

Fase 8 Presentatie

De presentatie van de uitgebreide proces- en effectevaluatie ligt ver af van de uitvoering van concrete activiteiten van de projectgroepen. De projectgroepen zijn meer gericht op een direct resultaat van een activiteit dan op het langere termijn effect. Dit betekent dat er twee typen presentaties zijn, namelijk de directe

presentatie van de resultaten van concrete activiteiten en de presentatie van de effect- en procesevaluaties.

Feedback op concrete activiteiten

Zoals bij de evaluatiefase reeds is aangegeven werden de concrete resultaten van activiteiten (kosten, deelnemersaantallen, reacties van publiek, beleving van vrijwilligers, enzovoort) direct besproken. De behaalde resultaten werden teruggekoppeld naar de verschillende projectgroepen.

Feedback via proces- en effectevaluaties

De projectgroepleden zijn op de hoogte gesteld van de proces- en effectevaluaties. In de vergaderingen werd dit door de projectmedewerkers mondeling toegelicht en werd een toelichting gegeven op de aanbevelingen voor de volgende periode van het project.

Draagvlak voor vervolg

Op basis van de behaalde resultaten vond er een discussie plaats over de volgende aan te pakken thema's en doelgroepen. Er werd een begin gemaakt met het opstellen van een nieuw (eenjarig) projectplan ten behoeve van de eigen projectgroep. Deze fase loopt in de praktijk van de gemeentelijke projectgroepen parallel met de evaluatiefase en de consolidatiefase.

Fase 9 Behoud/consolidatie

In het voorjaar van 1995 is begonnen met het voorbereiden van de projectgroepen om zelfstandig te gaan werken. Het was de bedoeling dat, na beëindiging van de gesubsidieerde periode, de groepen nog enige tijd zelfstandig door zouden gaan. Een periode van twee jaar werd mogelijk geacht.

Voorwaarden voor verder gaan

Alle voorzitters gaven aan, in principe ook na 1996 met hun groep, zelfstandig door te willen gaan met het opzetten van voorlichtingsactiviteiten. Steun van de GGD vonden zij hierbij wel noodzakelijk. Verder hadden zij behoefte aan een regionaal HARTstikke Goed!-netwerk waarin de deelnemende gemeenten zouden participeren. De GGD zou op deze manier gemakkelijk informatie kunnen terugkoppelen en de gemeenten konden onderling ervaringen uitwisselen. Aan de projectgroepleden werd door middel van groepsinterviews gevraagd aan welke informatie en/of vaardigheden zij behoefte hadden om zelfstandig door te kunnen gaan. Uit deze inventarisatie bleek dat de projectgroepleden het noodzakelijk vonden om iemand in de groep te hebben die als trekker fungeert. Verder hadden zij belangstelling voor achtergrondinformatie op papier. Voor een cursus was geen belangstelling. Enkele groepen gaven aan dat een cursus te veel tijd zou kosten; andere groepen vonden dat zij over voldoende vaardigheden

beschikken en een cursus niet nodig was. Om projectgroepen te ondersteunen is een handleiding geschreven voor het opzetten van leefstijlactiviteiten.

Als tweede onderdeel van de consolidatiefase werd aan alle voorzitters van de projectgroepen gevraagd aan welke voorwaarden voldaan zou moeten worden om de projectgroep na de subsidieperiode door te laten draaien. Dit resulteerde in de volgende lijst:

- een trekker;
- enthousiasme;
- ondersteuning van de gemeente;
- een doel;
- een budget;
- toegang tot GVO-kennis;
- beschikken over materialen;
- een voorzitter, penningmeester en notulist;
- informatie over concrete resultaten.

In de praktijk blijkt de trekker het belangrijkste. Deze moet de groep aan de gang houden en daarmee continuïteit waarborgen. Groepen waar een professionele kracht trekker of voorzitter is blijken in de praktijk het beste te functioneren.

Maken van consolidatieplan

Pas in de derde projectperiode vond de opstelling van de consolidatieplannen plaats. Inmiddels waren al enkele projectgroepen opgeheven. Eén van de redenen van de late start is de gemeentelijke herindeling. De negen gemeenten in Zuidoost-Drenthe zijn met ingang van 1998 opgegaan in drie grotere gemeenten. Het proces rond de gemeentelijke herindeling heeft zeer grote invloed gehad op het project en werkte belemmerend op de verzelfstandiging. Gemeenteambtenaren en de gemeentepolitiek waren voornamelijk bezig met gedachtevorming over de eigen gemeente en de herindeling werd als legitimatie gebruikt om besluitvorming uit te stellen. Al ruim een jaar voor de feitelijke herindeling gaven ambtenaren van de gemeenten en voorzitters van de betreffende projectgroepen aan, niet precies het standpunt van de gemeente te kennen na de herindeling per 1998. Over het nieuwe gemeentelijke beleid ten aanzien van de gemeentelijke projectgroepen en financiële ondersteuning kon geen zekerheid gegeven worden. Veel beslissingen werden uitgesteld tot na de herindeling.

Tevens werd vanwege de tijdelijke drukke bezigheden van de ambtenaar een lage prioriteit gelegd bij het project. Een ander aspect van de gemeentelijke herindeling dat meespeelde is het eventueel samengaan van de HARTstikke Goed! gemeentelijke projectgroepen. Vanwege het samenvoegen van gemeenten lag het samengaan van de projectgroepen voor de hand.

Activiteiten

In dit verband moet onderscheid worden gemaakt tussen jaarlijkse activiteiten en een structurele inbedding. In de eerste fase van het project was vooral sprake van

een planning van jaar tot jaar. Bij de evaluatie is aangegeven hoe dit in zijn werk ging. Aan het einde van de tweede fase en in de derde fase werd pas nagedacht over mogelijkheden van een structurele inbedding (voortgang na afloop van het project). Uit de praktijk blijkt dat voortgang van activiteiten alleen plaatsvindt voor die activiteiten die in de loop van het project hun waarde bewezen hebben en goed aansluiten op bestaande activiteiten van een deelnemende organisatie of bij het gemeentelijke beleid.

Fase 10 Verankering

Indien projectgroepen of activiteiten gericht op een gezonde leefstijl nog gedurende een bepaalde tijd uitgevoerd worden is verankering bereikt. In het begin van de tweede projectperiode is als doel geformuleerd dat verankering bereikt werd wanneer de projectgroepen met minimale ondersteuning van de GGD, nog twee jaar zelfstandig verder zouden gaan. De periode van twee jaar werd om praktische redenen gekozen; twee jaar is nog te overzien voor de vrijwilligers. Na deze twee jaar werd het proces geëvalueerd en het effect opnieuw gemeten. Aan het begin van de derde projectperiode is gesteld dat de bestaande initiatieven ondersteund zouden worden tot het einde van de gesubsidieerde periode (mei 1999). De projectgroepen zouden (minimale) ondersteuning krijgen in de uitvoering van de activiteiten en zouden desgewenst begeleid worden naar een zelfstandige organisatie. Het vervolg werd aan de groep en de gemeente overgelaten.

Verankering van de projectgroep en/of projectgroepactiviteiten

De derde en laatste projectperiode stond in het teken van afronding van het project en de verankering van de projectgroepen en de aandacht voor hart- en vaatziekten. In dit doel is het project deels geslaagd.

Van de zes projectgroepen die gedurende het project gestart werden is een projectgroep al in 1996 gestopt. Leden van deze projectgroep wilden niet verder gaan. De lange tijd tussen de projectperiodes, vanwege onduidelijkheid over financiering en daarmee voortgang van het project, speelden hierbij parten. Voor een andere projectgroep speelde de gemeentelijke herindeling een belangrijke belemmerende rol. De onduidelijkheden over de toekomst, de veranderingen in het vervullen van de post welzijn en de verandering en uitbreiding van het werkgebied van de gemeente zorgde voor onderbreking van de steun en begeleiding door de gemeente. Andere organisaties namen de ondersteuning van de projectgroep niet over. De projectgroep organiseerde in 1998 haar laatste activiteit. Twee projectgroepen stopten met de activiteiten in 1997; een aantal activiteiten wordt echter nog steeds voortgezet door regionale sociaal-cultureel werk instellingen. Tot slot zijn twee projectgroepen, die voor de gemeentelijke herindeling in twee gemeenten actief waren, net zoals de gemeenten opgegaan in een gezamenlijke projectgroep. De activiteiten worden in verenigingsvorm

voortgezet. De processen om tot institutionalisering te komen zijn gericht geweest op drie onderdelen, namelijk:

- de verzelfstandiging van bewegingsgroepen in een vereniging;
- de voortzetting van het rook- en alcoholproject door de stichting welzijn;
- het omvormen van de projectgroep tot een leefstijlstichting.

6.2.3 Conclusie en discussie

De gemeentelijke projectgroepen vormen de kernactiviteit van het project. Het was de bedoeling om in iedere gemeente een projectgroep in te richten. In de eerste jaren van het project is geprobeerd om in iedere gemeente een projectgroepen op te starten. In zes van de negen gemeenten in de regio Zuidoost-Drenthe is dit uiteindelijk gelukt. Dit bleken de kleinste gemeenten te zijn. De samengestelde projectgroepen vertegenwoordigden een breed draagvlak in de gemeente. Er is een zekere mate van intersectorale samenwerking bereikt aangezien de meeste projectgroepen, en indirect via deze groep de inwoners, al vroeg in het project betrokken werden bij de verdere inrichting van het project en de uit te voeren activiteiten. Uiteindelijk is in twee gemeenten de projectgroep met succes geïmplementeerd in de reguliere structuur binnen de gemeente .

In de vier gemeenten, waar als eerste werd besloten over te gaan tot de instelling van een gemeentelijke projectgroep, bleken de vier barrières uit het model van Bachrach en Baratz niet van toepassing te zijn. In de overige gemeenten waar geen gemeentelijke projectgroep werd gevormd, bleken drie van de vier barrières gewerkt te hebben. Dit bleken de volgende drie barrières te zijn: overeenstemming tussen de GGD en de gemeente over het probleem, de acceptatie van het project als oplossing van het probleem en de implementatie van het besluit tot de instelling van een succesvolle projectgroep.

In de tweede projectperiode werd op verzoek van twee gemeenten opnieuw een start gemaakt met gemeentelijke projectgroepen. In deze twee gemeenten kon gebruik worden gemaakt van de opgedane kennis. Ervaringen van lopende projectgroepen werden door projectmedewerkers overgedragen aan de nieuwe groepen. Deze projectgroepen liepen efficiënter de verschillende fasen van het 10-fasenmodel door. Uiteindelijk werd in deze gemeenten (die na de herindeling samen één waren geworden) de projectgroep succesvol geïmplementeerd.

De factoren tijdsbesteding aan het project en grootte van de gemeente zijn relevante exogene factoren als verklaring voor de besluitvorming in de gemeenten in verband met het opstarten van een gemeentelijke projectgroep. In de gemeenten zonder projectgroep bleek de voorgestelde tijdsbesteding een probleem te vormen. In grotere gemeenten werden wel initiatieven genomen om een projectgroep op te richten, maar de pogingen slaagden niet. Een verklaring hiervoor is waarschijnlijk dat niet de juiste participanten voor de projectgroep gevonden konden worden,

namelijk opinieleiders uit de gemeente, en dat de inwoners van de gemeente zich hierdoor onvoldoende gemotiveerd voelden om te gaan participeren. Het aantal in het onderzoek opgenomen exogene factoren is beperkt. Het is aannemelijk dat er meerdere factoren zijn die bij kunnen dragen aan de verklaring voor het besluit van de gemeenten wel of geen projectgroep in te stellen. Zo zal de wijze waarop de projectmedewerker in 1991 het voorstel deed aan de gemeenten een verklarende factor kunnen zijn. Een tweede verklarende factor kan de verhouding tussen de GGD Zuidoost-Drenthe en de gemeenten in de regio zijn. Een minder goede verhouding door de jaren heen kan leiden tot een afwijzing van het project.

De mate van intersectorale samenwerking is bij de projectgroepen verschillend geweest. Bij aanvang van het project werd direct gezocht naar participanten in de gemeente. De welzijnsambtenaar van de gemeente werd gevraagd een projectgroep samen te stellen die een zo breed mogelijk draagvlak zou vertegenwoordigen in de gemeente. Zo werd vroeg in het project de mogelijkheid tot inspraak gecreëerd en kon worden meegedacht over de aanpak Afhankelijk van de uiteindelijke vertegenwoordiging van personen in de gemeentelijke projectgroep werd vorm gegeven aan de intersectorale samenwerking. In de ene projectgroep slaagde dit beter dan in de andere. Dit had te maken met het aantal vertegenwoordigers en ook met de diversiteit van de leden van de gemeentelijke projectgroep. Mede afhankelijk van deze samenstelling zijn typen werkgroepen ontstaan: uitvoerend of meer coördinerend. In de praktijk bleek de samenwerkingsstructuur goed aan te sluiten bij de bestaande situatie. Deze werkwijze was efficiënt in de uitvoeringsfase, omdat goed gebruik kon worden gemaakt van de aanwezige infrastructuur. Participanten bleken in staat problemen, vragen en leefstijlproblemen te signaleren en een bijdrage te leveren aan met name de uitvoering en de voorbereiding van activiteiten. Ook bleken zij goed in staat om ideeën voor activiteiten te genereren. Het leveren van een bijdrage aan de beschikbaarheid van middelen en publiciteit was beperkt. De informatieoverdracht naar de achterban van de vertegenwoordigde organisatie vond in vrijwel alle gevallen plaats.

De GGD-projectmedewerkers hebben zich veel beziggehouden met het coördineren en afstemmen van activiteiten (onder andere op landelijke ontwikkelingen), stimuleren, adviseren, inhoudelijke ondersteuning, ter beschikking stellen van materialen, leggen van contacten en het leveren van feedback. Het is niet gelukt om al na een aantal bijeenkomsten van de gemeentelijke projectgroep de betrokkenheid van GGD-projectmedewerkers te verminderen. Aangenomen werd dat er onvoldoende draagvlak was gecreëerd om de projectgroep zelfstandig te laten doorgaan. Verzelfstandiging en implementatie van de groepen zijn mede daardoor te laat gestart.

6.3 Evaluatie werkboek HART aan de Slag!

Om de projectgroepen te ondersteunen bij het (zelfstandig) opzetten van gezondheidsactiviteiten zijn diverse activiteiten ondernomen. Naast het persoonlijk stimuleren van de projectgroepdeelnemers door de GGD-medewerkers, zijn er schriftelijke ondersteuningsmaterialen ontwikkeld. 'HART aan de Slag!', een handleiding voor het opzetten van leefstijlactiviteiten, is ontwikkeld om de projectgroepleden handvatten te geven bij het zelfstandig opzetten van activiteiten. Daarnaast is de nieuwsbrief 'HARTstikke Goed nieuws!' opgezet om leden op de hoogte te houden van recente ontwikkelingen binnen het project en ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidsvoorlichting. Deze nieuwsbrief is tevens gebruikt om andere intermediairen te informeren. Na een jaar met het werkboek te hebben gewerkt is deze geëvalueerd.

6.3.1 Methode

Voor de evaluatie van het werkboek is een vragenlijst opgesteld die aan alle projectgroepleden, die een werkboek hebben ontvangen, is toegestuurd. In de vragenlijst zijn vragen opgenomen over de tekst en lay-out van het werkboek en over het gebruik ervan.

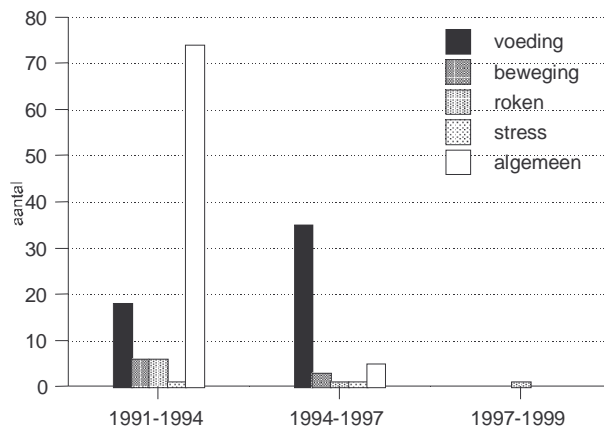
6.3.2 Resultaten

Van de 41 aangeschrevenen retourneerden 29 mensen (71%) de vragenlijst. Uit de vragenlijsten bleek dat alle respondenten in het algemeen een positieve indruk hadden van het werkboek. Als totaalcijfer werd gemiddeld een 8 gegeven. Uit het onderzoek kwam de verschillende introductiewijze van het werkboek naar voren: 52% bladerde het werkboek op eigen initiatief door en 45% kende het boek, omdat het in de vergadering behandeld was. De verschillende onderdelen van het werkboek werden door de meeste respondenten gelezen (45%). Minder personen bladerden het door (24%) en gebruikten (9%) het. Bij het daadwerkelijk gebruiken van onderdelen werden het werkplan en activiteiten op het gebied van voeding veelvuldig genoemd (28% en 21%). De meeste respondenten vonden dat het werkboek voldoende activiteiten bevatte (76%); 17% vond dat het direct aangevuld moest worden met nieuwe voorlichtingsactiviteiten. Het werkboek werd specifiek voor het HARTstikke goed project gebruikt; één respondent gebruikte het ook voor andere werkzaamheden. Over de vraag of het werkboek heeft bijgedragen aan het verzelfstandigen van de projectgroepen waren de meningen verdeeld. Veel respondenten (73%) vinden dat het werkboek heeft bijgedragen aan een beter functioneren van de projectgroep (4% oneens, 14% geen mening). Echter, 31% vond niet dat het werkboek heeft bijgedragen aan een dusdanige verzelfstandiging dat er minder inbreng van de GGD-medewerkers nodig is (35% vindt dit wel, 24%

geen mening). De meerderheid vond dat het werkboek heeft bijgedragen aan de kennis over hart- en vaatziekten (59%), het opzetten van voorlichtingsactiviteiten (66%) en in mindere mate het voorlichten van mensen (48%). Over de tekst en layout was men over het algemeen positief. Zeer positief was men over: de totale netheid, de indeling van de tekst, de hoeveelheid informatie, de begrijpelijkheid van de tekst en de vertelstijl. Redelijk positief was men over: het formaat, de illustraties, de inhoud van de tekst en de formulering.

6.4 Overzicht activiteiten van GGD en gemeentelijke projectgroepen

In acht jaar tijd is een groot aantal activiteiten door de projectgroepen en het GGD-projectteam uitgevoerd. Aangezien de projectgroepen in principe vrij waren in de keuze van activiteiten en niet alle geplande activiteiten door zijn gegaan kan pas achteraf bekeken worden op welke thema's het project zich voornamelijk heeft gericht. Deze informatie is van belang als naar de effecten van de voorlichting op de kennis, houding en gedrag bij de bevolking wordt gekeken. Hieronder wordt het aantal activiteiten per leefstijlthema besproken.



Figuur 6.2 Aantal uitgevoerde activiteiten door GGD per projectperiode

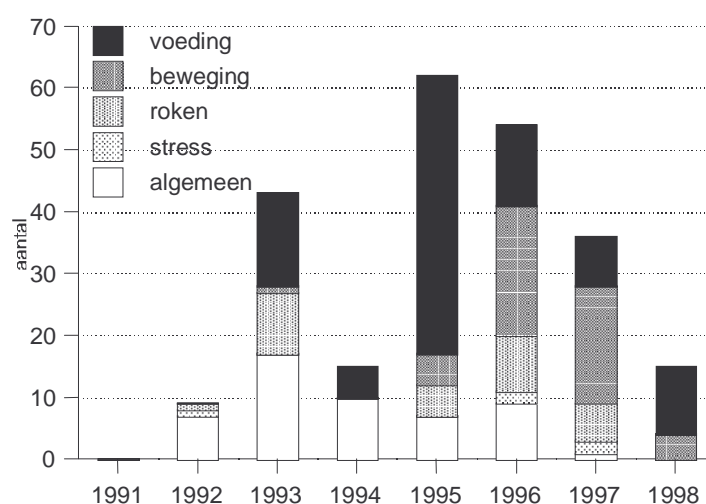
6.4.1 Door GGD uitgevoerde activiteiten

Aanvankelijk ontplooidde de GGD zelf veel activiteiten in de gehele regio. Deze activiteiten waren gericht op de promotie van een gezonde leefstijl en bestonden uit massamediale activiteiten, groepsactiviteiten, cursussen, individuele voorlichting en sociale netwerkactiviteiten. In figuur 6.2 wordt per projectperiode het aantal uitgevoerde activiteiten aangegeven.

In de eerste projectperiode zijn veel algemene leefstijlactiviteiten uitgevoerd. In totaal werden, naast veel publiciteit, 74 leefstijlactiviteiten uitgevoerd. Door middel van deze activiteiten werd geprobeerd het project en de hart- en vaatziektenproblematiek onder de aandacht te brengen. De meeste activiteiten kwamen in de eerste twee jaar tot stand. Het aantal activiteiten gericht op de vier specifieke leefstijlthema's was een stuk kleiner. Van de specifieke thema's ging zowel in de eerste als in de tweede projectperiode de meeste aandacht naar voeding. Duidelijk is te zien dat in de tweede en derde projectperiode het accent kwam te liggen op de ondersteuning van de gemeentelijke projectgroepen. De GGD voerde in de derde projectperiode alleen nog een activiteit uit die gericht was op roken.

6.4.2 Door gemeentelijke projectgroepen uitgevoerde activiteiten

In figuur 6.3 wordt het overzicht gegeven van het aantal uitgevoerde activiteiten van alle projectgroepen per jaar uitgesplitst naar leefstijlthema.



Figuur 6.3 Aantal uitgevoerde activiteiten door projectgroepen per jaar

In de figuur zijn duidelijk de drie perioden van het preventieproject te herkennen. In de eerste projectperiode van mei 1991 tot en met maart 1994, werden de projectgroepen opgericht. In 1993 is een piek te zien in het aantal activiteiten. Vanwege onduidelijkheid over het vervolg van het project, en dus personele en financiële ondersteuning door de GGD, werd het aantal activiteiten minder. In de tweede projectperiode, september 1994 tot eind 1996, werden nieuwe

projectgroepen opgericht en door de bestaande groepen werd verder gewerkt. In 1995 is de piek van het project te zien. In dat jaar werden door de projectgroepen de meeste activiteiten uitgevoerd, namelijk 62. De derde periode, april 1997 tot en met mei 1999, kenmerkt zich door de afname van het aantal activiteiten als gevolg van het beëindigen van een aantal gemeentelijke projectgroepen.

Thema van de activiteiten

Als naar de afzonderlijke thema's wordt gekeken waar de activiteiten op gericht zijn geweest valt het volgende op. In het begin van het project werden veel activiteiten uitgevoerd die niet specifiek op een thema gericht waren. Met name in 1992 tot en met 1994 maakten algemene leefstijlactiviteiten het grootste deel uit van het totale aanbod. In de tweede projectperiode maakten algemene leefstijlactiviteiten nog steeds een groot deel uit van het totaal, maar werden activiteiten gericht op de specifieke thema's voeding en beweging omvangrijker in aantal.

Van de door de gemeentelijke projectgroepen uitgevoerde activiteiten, bijna 250 in totaal, was een groot deel gericht op voeding. In 1995 was ruim tweederde van alle activiteiten gericht op voeding. Bewegingsactiviteiten namen in de loop van de tweede periode, na 1995, in aantal toe. Het totaal aantal activiteiten gericht op beweging was echter de helft van de op voeding gerichte activiteiten.

De aandacht voor roken was gedurende het project ongeveer gelijk. Over de hele projectperiode werden er zo nu en dan activiteiten uitgevoerd.

Tot slot valt op dat ten aanzien van stress vrijwel geen activiteiten werden uitgevoerd. Slechts aan het begin van het project en in 1996 en 1997 vonden er een paar op stress gerichte activiteiten plaats.

6.5 Eindgesprekken met gemeenteambtenaren en GGD

De gemeenten in Zuidoost-Drenthe en de GGD Zuidoost-Drenthe besteedden gedurende de gehele projectperiode veel tijd aan voorlichting en preventie. De werkwijze van het project was anders dan tot dan toe gebruikelijk was. Er is meer samenwerking gezocht met de afdelingen binnen de GGD en de samenwerking met de gemeente(ambtenaar) was intensiever. Om de ervaringen te bespreken en inzicht te krijgen in de bevindingen over deze aanpak van gezondheidsvoorlichting, is een aantal gesprekken gevoerd met gemeenten en het management van de GGD.

6.5.1 Werkwijze

Er is gekozen om de informatie via gesprekken met ambtenaren en het GGD management te krijgen. Dit gebeurde aan de hand van een vooraf opgestelde aandachtspuntenlijst. Deze lijst bestond uit items over de bekendheid en ervaring

met het project, ideeën over verwachtingen, rollen en taken van de verschillende participanten, veranderingen die hebben plaatsgevonden, uitgangspunten en voorwaarden waaronder dergelijke projecten kunnen plaatsvinden en de huidige plannen.

6.5.2 Eindgesprekken met gemeenteambtenaren

Met ingang van 1998 zijn vanwege de gemeentelijke herindeling in Drenthe de negen gemeenten samengevoegd tot drie nieuwe gemeenten. Zoals al eerder genoemd was dit van grote invloed op het beleid en de werkzaamheden van de gemeenten gedurende een aantal jaren voor en een aantal jaren na de herindeling. Dit geldt ook voor de gemeentelijke projectgroepen. De oorspronkelijk negen verantwoordelijke ambtenaren welzijn zijn niet allen meer werkzaam op dat terrein. Voor de eindgesprekken is daarom besloten alleen ambtenaren van de drie nieuwe gemeenten te interviewen. Met één ambtenaar is het niet gelukt een eindgesprek te houden. De informatie is daarom schriftelijk en telefonisch verkregen. In één gemeente is met twee ambtenaren gesproken.

Situatie welzijn/volksgezondheid na de gemeentelijke herindeling

Na de gemeentelijke herindeling is de organisatiestructuur per gemeente gewijzigd. Enkele ambtenaren werken niet meer op dezelfde afdeling of hebben een andere taak. In de drie gemeenten kan niet duidelijk worden aangegeven hoeveel tijd beschikbaar is voor welzijns- en volksgezondheidsbeleid. Alle drie gemeenten geven aan dat dit afhankelijk is van actuele prioriteiten en min of meer ad hoc wordt ingegeven. Een gemeente geeft zelfs aan dat het gemeentelijke welzijnsbeleid bestaat uit het volgen van initiatieven van anderen. Gemiddeld wordt tussen de 0,5 en 1,5 formatieplaatsen besteed aan welzijns- en volksgezondheidsbeleid. De omvang van de gemeente is hierop niet van invloed.

Bekendheid met het project

Alle ambtenaren zijn bekend met het project en hebben de betreffende colleges van B en W geïnformeerd en geadviseerd over het project. Een ambtenaar had bij aanvang van het project geadviseerd niet mee te werken en is als zodanig niet betrokken geweest bij de verdere uitvoering en de gemeentelijke projectgroepen. Na de herindeling behoorde een projectgroep ook tot zijn gemeente. Hij is daardoor wel op de hoogte van de werkwijze van deze groep. De ambtenaren van de andere gemeenten hebben positief geadviseerd tot deelname aan HARTstikke Goed! en hebben projectgroepen begeleid.

Uitgangspunten

Alle gemeenten zijn van mening dat hart- en vaatziekten een probleem vormen dat niet alleen de GGD aangaat. Meerdere organisaties en ook de gemeente zouden hier aandacht aan moeten geven.

Medewerking verlenen aan een dergelijk project zien de ambtenaren als een goede werkwijze. De rol van de gemeenten wordt dan vooral gezien in het scheppen van voorwaarden en het (financieel) ondersteunen. Dit betekent niet uitvoeren. De wijze die in HARTstikke Goed! is gekozen, het aansturen en trekken van de projectgroepen, wordt gezien als een te zware taak voor de gemeente. Over de vraag of gemeenten zullen meewerken aan een (toekomstig) project bestaat geen duidelijkheid. Dit is afhankelijk van actuele prioriteiten en zal in belangrijke mate worden bepaald door de ambitie van de ambtenaar en zijn betrokkenheid bij het thema van het project. Het HARTstikke Goed! project vindt men te lang. Een kortere looptijd en een vooraf vastgestelde einddatum zijn noodzakelijk. De vraag blijft of er bij de gemeenten wel voldoende menskracht beschikbaar is. Inhoudelijke ondersteuning, vooral bij de start, zou bij de GGD vandaan moeten komen.

Loop van project in gemeente

De ervaringen van de ambtenaren met de start van het project zijn verschillend. In één gemeente is, na het opnieuw onder de aandacht brengen door de GGD, door de gemeente veel tijd in het project gestoken. Men is van mening dat zonder begeleiding van de gemeente het huidige resultaat niet bereikt zou zijn. In één gemeente is medewerking aan het project verleend, omdat men gezondheid belangrijk vond. De gemeente verwachtte bewustwording bij verschillende doelgroepen. De gemeente ging als trekker van de groep functioneren, de groep werd uitvoerder van activiteiten. In de laatste gemeente is het project niet gestart, omdat de ambtenaar negatief adviseerde.

Over de rol van de GGD is men op zich tevreden. De GGD leverde deskundigheid en begeleiding. Een probleem vormden de personeelsswisselingen na afsluiting van de eerste en met name de tweede projectperiode. De verschillen in de werkwijze van de projectmedewerkers leidde tot continuïteitsonderbreking.

Ten aanzien van de projectgroepen wordt opgemerkt dat deze aansturing nodig hebben. Het is niet te verwachten dat deze groepen lange tijd zelfstandig functioneren. Dit is ook afhankelijk van de werkwijze van de projectgroep. De ene groep is meer gericht op uitvoerende taken en de andere meer op organiserende en coördinerende taken.

Vervolg en toekomst HARTstikke Goed!

In één gemeente worden de werkzaamheden in verenigingsvorm voortgezet. Tevens zijn er plannen om een leefstijlstichting op te richten. De vereniging gaat zich richten op beweging. De gemeente ondersteunt deze vereniging met extra subsidie. Daarnaast is in deze gemeente steun voor een bewegingsproject gericht op gehandicapten en chronisch zieken.

In de tweede gemeente is vanwege de gemeentelijke herindeling besloten de ene nog actieve projectgroep niet meer actief te ondersteunen. Men vond het niet juist als slechts in een deel van de nieuwe gemeente een groep in stand werd gehouden. Ook wordt de meerwaarde van de HARTstikke Goed!-groep in twijfel getrokken. De ambtenaar van deze nieuwe gemeente had bij het begin van het project, in de oude gemeente, ook negatief geadviseerd over deelname. Het uitvoeren van een lange campagne lijkt deze gemeente niet zinvol. Ervaringen met het betrekken van de burger zijn slecht in deze gemeente. Intermediairen zijn gemakkelijker bij een onderwerp of activiteit te betrekken.

In de derde gemeente bestaat een slapende projectgroep. De gemeenteambtenaar die tot nu toe de groep ondersteunde heeft momenteel onvoldoende tijd. De groep heeft aangegeven zonder ambtelijke of GGD-ondersteuning niet te kunnen werken.

Veranderingen

Alle drie gemeenten geven aan dat er vrijwel geen veranderingen in gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn opgetreden. In één gemeente wordt aangegeven dat er in verband met het project wel meer geld beschikbaar is gesteld voor uitvoering van leefstijlactiviteiten. In deze gemeente wordt het project in verenigingsvorm voortgezet.

Tot slot

Door de gemeenten wordt als negatief punt aangegeven de krapte aan geld en de benodigde tijdsinvestering. Dit komt door de hoge verwachting over de zelfstandigheid van projectgroepen. In de praktijk heeft het veel tijd gekost om de structuur op de rails te zetten. Bovendien levert een niet-deskundige groep problemen op in de continuïteit.

De zeer goede start wordt als positief ervaren evenals de uitgevoerde activiteiten en de geslaagde bewustmaking van doelgroepen.

Conclusie

De gemeenten zijn over het algemeen positief over het project. Vooral de sterke start heeft een goede indruk achter gelaten. Uit de gesprekken komt naar voren dat de mate van succes van de projectgroep en het wel of niet tot stand komen, afhankelijk was van de inzet van de ambtenaar. Een belangrijk punt daarbij is de beschikbare tijd en het actuele beleid van de gemeente ten aanzien van welzijn en volksgezondheid.

Gemeenten geven aan in de toekomst in principe bereid te zijn mee te werken aan dergelijke projecten. Voorwaarde is wel dat projecten niet langdurig mogen zijn. Verder moeten vooraf duidelijke doelen worden gesteld.

In het gemeentelijke beleid ten aanzien van leefstijl en hart- en vaatziekten is, buiten de tijdelijke financiële ondersteuning van de projectgroepen, niet veel veranderd.

6.5.3 Eindgesprek met GGD management

In deze paragraaf volgt het verslag van de gesprekken met vier leden van het managementteam (MT) van de GGD Zuidoost-Drenthe.

Verwachtingen bij de start van het project

De aanleiding voor de GGD om een hart- en vaatziektenpreventieproject te starten waren met name de onderzoeksgegevens uit het sterfteonderzoek en de in 1991 gehouden gezondheidsenquête. Uit de onderzoeken werd duidelijk dat hart- en vaatziekten een belangrijke doodsoorzaak in de regio Zuidoost-Drenthe waren. Volgens het MT was preventie en GVO een mogelijkheid om tot verbetering van de situatie te komen.

De verwachtingen bij de voorbereiding en de start van het project waren positief. Men verwachtte een gunstig effect op het gezondheidsprobleem hart- en vaatziekten en zag het project als aanvulling op de reguliere werkzaamheden van de GGD. Met andere woorden: het project zou de mogelijkheid zijn voor de GGD en de verschillende afdelingen om vorm en inhoud te geven aan collectieve preventie. Het project werd gezien als een 'GGD-breed project': een project waarbij de diverse afdelingen zouden samenwerken aan preventie van een regionaal gezondheidsprobleem.

Projectorganisatie

Het project is bij de start ondergebracht bij de toenmalige afdeling Algemene Gezondheidszorg (AGZ). Na reorganisatie bij de GGD is het project vanaf 1998 bij de nieuwe afdeling Beleid en Communicatie ondergebracht. Het MT is van mening dat achteraf gezien het onderbrengen van het project bij de AGZ organisatorisch niet juist was. Het onderbrengen van het project bij een afdeling (AGZ) heeft waarschijnlijk tot gevolg gehad dat het niet gelukt is om het project te laten dragen door alle afdelingen van de GGD.

Verantwoordelijkheden

Met betrekking tot de verantwoordelijkheden voor het project is duidelijk dat het MT dit als een 'afgeleide verantwoordelijkheid' zag: een verantwoordelijkheid op afstand. De verantwoordelijkheid voor de organisatie, de inhoud en de uitvoering lag bij de projectleider.

De verwachtingen en uitgangspunten die de afzonderlijke MT-leden bij het begin van het project hadden, waren zeer divers. Dit liep uiteen van 'een begeleidende rol op afstand' en 'toezien op de financiën' tot 'faciliterend, motiverend naar de medewerkers van de eigen afdeling'. Eén van de MT-leden was tevens projectleider en had daarmee een andere rol in het project: hij zag zichzelf als een 'meewerkend voorman'. Hij zag met name een rol weggelegd bij de afdelingsoverstijgende activiteiten. In de praktijk is de affiniteit van het MT te beperkt geweest. Besteding van financiën werd echter wel bepaald door het MT,

wat als zeer beperkend werd ervaren. Een reden kan zijn dat het project bij de afdeling AGZ werd ondergebracht.

Interne samenwerking

Het MT is het erover eens dat de interne samenwerking vanaf het begin een lastig aspect van het project was. Een GGD-brede werkgroep, waarbij gezamenlijk de inhoudelijke lijn werd uitgezet, bleek al snel niet haalbaar. Na verloop van tijd werd overgegaan op bilaterale samenwerking tussen de projectgroep en de diverse afdelingen. De samenwerking was erop gericht om te komen tot gerichte deelprojecten, die met de betreffende afdeling uitgevoerd werden. In de eerste projectperiode werden de verschillende afdelingen van de GGD diverse keren bij de voorbereiding en uitvoering van deelprojecten betrokken. De investering van medewerkers van de toenmalige afdelingen Jeugdgezondheidszorg en Bedrijfsgezondheidszorg en andere medewerkers van de afdeling AGZ bij de uitvoering van deelactiviteiten was niet formeel vastgelegd. Daardoor werd in de tweede projectperiode de samenwerking steeds moeizamer. Werkzaamheden voor het project werden door de afdelingen niet gezien als reguliere taken, maar als extra taken die niet in werkplannen waren meegenomen. Het project en de projectmedewerkers leken op den duur op een 'eilandje' te zitten, waardoor de andere GGD-medewerkers zich na verloop van tijd niet meer betrokken voelden bij de ontwikkelingen.

Samenwerking met gemeenten

De samenwerking met de gemeenten in Zuidoost-Drenthe, werd als teleurstellend gezien: de gemeenten namen niet hun verantwoordelijkheden voor de preventie van hart- en vaatziekten. Die verantwoordelijkheid bestond volgens het MT uit het meefinancieren van het project en een actieve rol bij de voorbereiding en uitvoering. De rol van de GGD was het opzetten van preventieprojecten en vervolgens de resultaten en werkwijze overdragen aan de gemeenten in de regio.

Positief

Het MT is van mening dat het in het algemeen een goed project is geweest. Er zijn goede producten geleverd en de resultaten zijn bemoedigend. Het project heeft een positieve uitstraling naar de regio en de bevolking gehad en heeft daardoor een goede publiciteit voor de GGD opgeleverd.

Negatief

Het MT geeft aan dat het project te lang heeft geduurd en dat het in de derde projectperiode als een nachtkaaars is uitgegaan. De taken en verantwoordelijkheden van de GGD-afdelingen, het MT en de gemeenten ten aanzien van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' waren vooraf niet duidelijk afgesproken en vastgelegd.

Conclusie

Het project is uiteindelijk geen GGD-breed project geworden. In de praktijk werd het project beschouwd als de verantwoordelijkheid van een kleine groep enthousiaste mensen. Dit heeft te maken met de afspraken binnen de GGD-organisatie. Met name de verantwoordelijkheden ten aanzien van financiën, tijdsinvestering en andere bijdragen van de verschillende GGD-afdelingen hadden beter (door het MT) moeten worden geformuleerd en vastgesteld. Ook de duur van projecten zal van te voren vastgelegd moeten worden. Van wezenlijk belang is dat de projectleider als budgethouder wordt aangewezen.

De ontwikkelde werkwijze van het project is zeker bij andere GGD-projecten te gebruiken. Bij nieuwe community-based projecten moeten goede afspraken met gemeenten worden gemaakt over de verantwoordelijkheden van de GGD en de gemeenten. Hierbij moet de relatie met het volksgezondheidsbeleid, dat door de gemeenten wordt vormgegeven, worden benadrukt. De samenwerking van de GGD met andere organisaties in de regio is bij de keuze en voorbereiding van preventieprojecten van belang. De GGD hoeft niet altijd zelf tot uitvoering van projecten over te gaan, maar kan ook een voorwaardenscheppende rol vervullen.

6.6 Het gezondheidspaspoort

Het deelproject gezondheidspaspoort bestond uit het geven van gezondheidsvoorlichting aan kinderen en ouders. Door het geven van voorlichting over een gezonde leefstijl werd getracht de kennis en vaardigheden van de doelgroep te vergroten en de houding en het gedrag te veranderen. Het uiteindelijke doel van het project was de preventie van hart- en vaatziekten. De voorlichting bestond uit een combinatie van mondelinge en schriftelijke voorlichting. De mondelinge voorlichting werd gegeven door een jeugdarts. Ter ondersteuning van de mondelinge voorlichting werden twee folders ontwikkeld; een gezondheidspaspoort voor de kinderen van groep 7 van het basisonderwijs en de folder 'kinderen en hart- en vaatziekten' voor ouders.

6.6.1 Materiaal en methode

Het doel van dit evaluatieonderzoek was vast te stellen wat de effecten van de voorlichting zijn bij de kinderen. Hierbij werd een onderscheid gemaakt naar de sociaal-economische positie van de kinderen en de ouders. Het model dat ten grondslag lag aan dit effectonderzoek is het model voor gedragsverandering van Kok (1985).

Opzet van het experiment

Om de effecten van de voorlichting te kunnen onderzoeken werd een quasi-experimenteel onderzoek opgezet, bestaande uit een voor- en een nameting. De

voormeting vond drie weken vóór en de nameting drie weken na de interventie plaats. Er werden twee experimentele condities gecreëerd. In de eerste experimentele conditie kregen de ouders en kinderen zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting (E1) en in de tweede experimentele conditie kregen de ouders en kinderen alleen mondelinge voorlichting (E2). Daarnaast werd er een controlegroep samengesteld (C), om de invloed van eventuele verstorende variabelen te kunnen verdisconteren.

De enquête

Voor het verzamelen van de gegevens werd twee keer een schriftelijke vragenlijst afgenomen. De vragenlijsten werden klassikaal afgenomen op verschillende scholen. De ouders werden benaderd via de leerlingen.

Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van bestaande groepen, te weten negen lagere schoolklassen (groep 7) van verschillende scholen. De aan het onderzoek meewerkende leerlingen en ouders werden per school ingedeeld in de drie verschillende condities en wel dusdanig dat deze groepen zoveel mogelijk gelijk waren. De eerste experimentele groep bestond uit 80 kinderen en 80 ouders. De tweede experimentele groep bestond uit 46 kinderen en 46 ouders. De controlegroep bestond uit 56 kinderen en 56 ouders. Om de sociaal-economische positie van kinderen en ouders te bepalen werd de sociaal-economische score (SE-gewicht) uit het onderwijsvoorrrangsbeleid gebruikt. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt in SE-score 1, 1,25 en 1,9. De ouders van kinderen met SE-score 1 hebben een opleiding hoger dan LBO en zijn overwegend employé of zelfstandig. De ouders van kinderen met SE-score 1,25 hebben een gering opleidings- of beroepsniveau; ouders van kinderen met SE-score 1,9 behoren tot etnische minderheden in combinatie met een lage sociaal-economische positie. In het vervolg van de tekst worden deze groepen S1, S2 en S3 genoemd.

Analyse

De gegevens van de ouders en kinderen werden aan elkaar gekoppeld, evenals de gegevens van de voor- en nameting. Er bleven uiteindelijk 161 cases over. Elke case bevat resultaten van een kind en de ouder van de voor- en nameting. De gegevens van één school (tweede experimentele groep) konden niet worden gebruikt in de analyse, aangezien deze school per vergissing na afloop van het PGO toch een gezondheidspaspoort had gekregen. De verschillen tussen de voor- en nameting binnen en tussen de groepen, werden geanalyseerd. Daarnaast werd gekeken naar verschuivingen op groepsniveau om een beter beeld te krijgen welke verschuivingen hadden plaatsgevonden.

6.6.2 Resultaten

Respons

De totale respons van de kinderen bij de voormeting was 100 procent (n=161). De totale respons van de ouders bij de voormeting was 88 procent (n=142). De respons bij de nameting was 91 procent bij de kinderen (n=147) en 78 procent bij de ouders (n=111).

Resultaten kinderen

Bij de kinderen die voorlichting hebben gekregen was de interesse voor gezond leven niet toegenomen. In de controlegroep vond echter wel een significante daling van de interesse plaats. Op het niveau van kennis vond er een significante vooruitgang plaats bij de kinderen die volledige voorlichting kregen. Het ging hierbij vooral om een kennistoename van de gezonde leefstijlfactoren niet te vet eten, genoeg slapen en veel bewegen. De kennis over gezonde en ongezonde producten nam niet toe. Als er een onderscheid wordt gemaakt naar SE-gewicht, blijkt dat bij S1, S2 en S3 kinderen een kennistoename plaatsvond en dat deze het grootst was bij S3 (64%) en het kleinst bij S2 kinderen (11%). De kennistoename van gezonde leefstijlfactoren was alleen significant bij kinderen uit de S1 groep.

De meeste kinderen hadden een hoge waardering voor de voorlichting (80%) en vonden de voorlichting begrijpelijk. Het gezondheidspaspoort werd door 84% van de kinderen gelezen. Ze vonden echter dat er weinig nieuwe informatie gegeven werd. Kinderen in de S1 groep hadden een hogere waardering voor de voorlichting dan kinderen in de S2 en S3 groep. Kinderen in de S3 groep lazen het paspoort procentueel gezien vaker dan in de S1 en S2 groep.

Resultaten ouders

Bij de ouders vond geen toename plaats van de aandacht en interesse voor hart- en vaatziekten en voor de samenstelling van producten. Er vond evenmin een significante kennistoename plaats van de risicofactoren van hart- en vaatziekten. Wel vond er bij de ouders, die alleen mondelinge voorlichting kregen, een significante toename plaats van de kennis over gezonde en ongezonde producten. Het percentage ouders met een hoog kennisniveau steeg van 22% naar 48%. Bij de voormeting was er een significant verschil tussen de drie SE-gewichten; ouders van kinderen in de S3 groep scoorden laag op het niveau van kennis. Bij de nameting vond de grootste kennistoename plaats bij ouders van kinderen in de S2 groep, het percentage ouders met een laag kennisniveau daalde van 30% naar 13%. Er vond geen attitudeverandering plaats ten opzichte van sporten. Bij de voormeting vond 80% van de ouders het belangrijk dat een kind aan sport doet. Op het gebied van gezond eten vond er een significante attitudeverandering plaats bij de ouders die alleen mondelinge voorlichting kregen. Het percentage ouders dat de overweging 'gezond' op de eerste plaats zet steeg van 33% naar 71%. Bij de andere twee groepen lag het beginniveau echter twee keer zo hoog.

Bij de ouders die volledige voorlichting kregen vond een significante daling plaats van het gevoel van machteloosheid over het voorkomen van ziekte en gezondheid. De grootste daling vond plaats bij ouders van kinderen in de S2 groep. Zowel bij de experimentele groepen als bij de controlegroep vond een toename plaats van de intentie om bij de voedselkeuze meer te letten op 'gezond' in plaats van op 'bereidingstijd', 'bereidingsgemak' en op 'prijs'. Deze intentieverandering was het grootst bij de experimentele groepen. Als gekeken wordt naar de afzonderlijke overwegingen, blijkt dat er bij de ouders die volledige voorlichting kregen een significante toename plaatsvond om vaker te letten op 'gezondheid' in plaats van op 'smaak' en 'bereidingstijd'. Bij ouders die alleen mondelinge voorlichting kregen vond een significante toename plaats van het percentage ouders dat vaker wil letten op 'gezond' in plaats van op 'smaak'. De waardering voor de voorlichting lag bij de ouders lager dan bij de kinderen; 40% van hen had een hoge waardering voor de voorlichting. Ouders van kinderen in de S1 groep hadden een lagere waardering voor de voorlichting dan ouders van kinderen in de andere groepen. Van de ouders vond 75% de voorlichting begrijpelijk en 84% van de ouders las de folder. Zowel bij de kinderen als bij de ouders vond 30% dat er veel nieuwe informatie gegeven werd tijdens de voorlichting (Van Essen, 1994).

6.6.3 Conclusie en discussie

Conclusie

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de voorlichting en het paspoort bij kinderen effect heeft gehad op het niveau van aandacht, interesse en kennis. De voorlichting heeft de interesse van kinderen voor gezond leven niet doen toenemen.

Bij de ouders heeft de voorlichting effect gehad op het niveau van kennis over gezonde en ongezonde producten, de attitude ten opzichte van gezond eten, de machteloosheid ten opzichte van ziekte en gezondheid en op het niveau van intentie tot gedragsverandering.

Er is een extra effect gemeten van de folder op het niveau van machteloosheid; ouders voelden zich minder machteloos. Eveneens is een gunstig extra effect van de folder op de intentie tot gedragsverandering gevonden.

Discussie

Binnen de groep respondenten die volledige voorlichting heeft gekregen is een onderscheid gemaakt naar SE-gewicht. De beperking hiervan is dat de aantallen erg klein waren. Er konden daardoor voornamelijk tendensen worden aangegeven. Daarnaast speelde sociale wenselijkheid in enkele gevallen een rol; enkele resultaten van kinderen in groep S2 wijzen in die richting. 'Het zichzelf beter willen presenteren' speelde mogelijk ook een rol, vooral bij de vragen over de nieuws waarde van de boodschap. Zo vonden kinderen in groep S2 dat er

weinig nieuwe informatie gegeven werd. Toch scoorden ze laag op het kennisniveau.

Kinderen in groep S3 blijken hoog te scoren op opinie- en waarderingsvragen en laag op kennisvragen bij de voormeting. Bij deze kinderen speelden waarschijnlijk cultuureffecten een rol. In sommige culturen is beleefd zijn belangrijk. Het gevolg daarvan is dat deze kinderen vaak het antwoord geven waarvan ze denken dat de ander het wil horen.

Bij de kinderen is de interesse voor gezond leven niet toegenomen na de voorlichting. In de controlegroep trad echter wel een significante daling op. Dit zou een testeffect kunnen zijn. De vragen aan de ouders die bedoeld waren om de aandacht en interesse voor hart- en vaatziekten te meten, bleken achteraf toch niet datgene te meten wat de bedoeling was. Aan de ouders is gevraagd hoe vaak ze iets horen over hart- en vaatziekten, hoe vaak ze hier iets over lezen en hoe vaak ze zelf informatie zoeken over hart- en vaatziekten. Ouders hebben in de tussenliggende periode inderdaad iets gehoord en gelezen over hart- en vaatziekten, en wel de mondelinge en schriftelijke voorlichting. De werkelijke toename van aandacht en interesse is hiermee dus niet gemeten. Een andere verklaring is dat ouders zo vlak na de voorlichting het gevoel hebben dat ze nu alles weten, waardoor de interesse niet is toegenomen.

Op het niveau van kennis zou er bij de kinderen in een aantal gevallen sprake kunnen zijn van plafondeffecten; de kennis van kinderen over gezonde en ongezonde producten is bij de voormeting al erg hoog. De sterke kennistoename die heeft plaatsgevonden bij kinderen in de groep S3 kan in verband staan met het lagere beginniveau. Ook bij de ouders was er op het niveau van kennis mogelijk sprake van invloed van de voor- op de nameting. De kennistoename die heeft plaatsgevonden bij de ouders die alleen mondelinge voorlichting hebben gekregen wordt mogelijk vooral veroorzaakt door het lagere beginniveau. De attitude van ouders ten opzichte van sporten is niet veranderd na de voorlichting, hetgeen waarschijnlijk veroorzaakt wordt door de hoge scores bij de voormeting (plafondeffecten). De attitude ten opzichte van 'gezonde voeding' is bij de nameting veranderd bij de ouders die alleen mondelinge voorlichting hebben gekregen. Evenals bij de kennis van ouders over gezonde en ongezonde producten kan deze stijging samenhangen met het lagere beginniveau. Op het niveau van machteloosheid was er een significant verschil tussen de drie groepen bij de voormeting, waardoor ook hier niet uitgesloten kan worden dat de lage beginwaarden verstoring hebben gewerkt..

6.7 Een supermarktvorlichtingsproject: Minder vet HARTstikke Goed!

De supermarktvorlichting was gericht op de vier productgroepen die de grootste bijdrage leveren aan de vetconsumptie, ruim 70%, namelijk: vetten en oliën, vlees- en vleeswaren, melk en melkproducten, waaronder kaas. Het hoofddoel van het project was het verminderen van de vetconsumptie. De stappen die naar de gedragsverandering leidden vormden de tussendoelen van het project: meer kennis, een positieve attitude- en intentieverandering, een positieve verandering van de sociale norm en een vergroting van de eigen effectiviteit.

In het evaluatieonderzoek van het project 'Minder vet: HARTstikke Goed!' wordt onderzocht welke effecten het project heeft gehad op een steekproef van de klantenpopulatie van acht De Boer Supermarkten in Zuidoost-Drenthe. Verschillende determinanten van vetconsumptie worden onderzocht, evenals aandacht, begrip en waardering van het project en projectonderdelen.

6.7.1 Materiaal en methode

Onderzoekspopulatie

Voorafgaand aan de supermarktvorlichting werd een voormeting gedaan bij een steekproef van klanten van De Boer Supermarkten (Wieringa en Van Weert, 1993). Voor de voormeting werden de proefpersonen voor de experimentele groep geworven in drie van de acht filialen waar het project is uitgevoerd. Om een zo goed mogelijk beeld van de gemiddelde klantenpopulatie te krijgen, werd gekozen voor een filiaal in het centrum van Emmen, een filiaal in een buitenwijk van Emmen en een filiaal in een dorp in de omgeving van Emmen. Klanten werden in de winkel aangesproken en gevraagd om mee te werken aan een telefonische enquête. Voor de controlegroep werden klanten van drie De Boer filialen in Assen en omgeving geworven. Om de populatie zoveel mogelijk te laten lijken op de experimentele groep werd één filiaal in het centrum, één in een buitenwijk en één in een omliggend dorp genomen. De respondenten werden op dezelfde wijze benaderd.

Methode

De keuze viel op een telefonisch interview omdat dit een snelle manier van informatie verzamelen was en een hoge respons zou kunnen opleveren. De vragen van de nameting kwamen grotendeels overeen met de vragen die bij de voormeting werden gebruikt. De vragen waren in de vragenlijst van de voormeting onderverdeeld in vragen over kennis, attitude, sociale invloed, en eigen effectiviteit. In de experimentele groep werd bij de nameting de vragenlijst uitgebreid met vragen over aandacht voor, begrip van en waardering voor de verschillende voorlichtingsactiviteiten. Door de antwoorden te combineren ontstaat een samengevoegde maat voor aandacht. Een hogere score op deze schaal

betekende dat de respondent meer activiteiten had gezien, het doel van de activiteiten beter begreep en de activiteiten hoger waardeerde.

Analyse

De antwoorden uit de voor- en nameting werden per respondent aan elkaar gekoppeld, om paarsgewijs toetsen mogelijk te maken. De gegevens van de respondenten die aan beide interviews hadden meegewerkt, werden getoetst op verschillen tussen voor- en nameting binnen de controle- en de experimentele groep.

6.7.2 Resultaten

Onderzoekspopulatie

In de supermarkt werden voor de voormeting 1159 personen aangesproken waarvan 600 mensen toestemden om aan het onderzoek mee te doen. Van deze 600 mensen deden er uiteindelijk 573 daadwerkelijk mee aan het interview, zodat de non-respons kwam op 50%. Van de 573 mensen die hun medewerking verleenden aan de voormeting was de non-respons bij de nameting 17% (experimentele groep) en 11% (controlegroep).

De respondenten uit de experimentele groep werden verdeeld in een lage en hoge aandachtsgroep op grond van de mediaan van de aandacht-somscore. Er bleken meer respondenten in de hoge aandachtsgroep te zitten die een lage opleiding hadden in vergelijking met de lage aandachtsgroep. Ook bevonden zich meer vaste klanten van De Boer Supermarkten in de hoge aandachtsgroep. Beide verschillen zijn significant. De lage en hoge aandachtsgroep verschilden op de andere demografische gegevens niet van elkaar.

Aandacht, begrip en waardering

In beide groepen was een significante toename te zien van het aantal personen dat bij de aankoop van levensmiddelen meer op het vetgehalte lette.

Voorlichtingsactiviteiten die een grote bekendheid hadden waren: de poster (69%), artikelen in regionale kranten (55%) en de informatietafel (53%). Activiteiten met een lage bekendheid waren: de vetmeter (13%), het HARTstikke Goed!-menu (12%) en de prijsvraag (11%).

Er werd een aandacht-somscore berekend, waarbij het gezien hebben van een activiteit één punt opleverde. De maximale score was 10 punten. Deze werd door geen van de respondenten gehaald. Van de respondenten deed 50% met één of meer voorlichtingsactiviteiten iets, bijvoorbeeld letten op de labels of praten met de diëtist. Als de respondent de activiteit alleen gezien had werd dit niet meegeteld. De waardering voor de meeste activiteiten lag tussen de 7 en 8, gemiddeld 7,4. De algehele waardering voor het project was gemiddeld 7,9. Van de respondenten gaf

25% aan door het project meer op de voeding te zijn gaan letten. Van de overige 75% zei een groot deel dit al te doen. Van de respondenten vond 61% het project nuttig voor zichzelf. Van de respondenten vond 19% dat zij (tamelijk) veel nieuwe informatie hadden gekregen, 41% vond dit matig/weinig en 33% had geen nieuwe informatie gekregen.

Kennis

In de experimentele groep werden geen significante veranderingen gevonden bij de nameting in de antwoorden op de kennisvragen ten opzichte van de voormeting. In de controlegroep nam de kennis toe over de relatie tussen verzadigd vet en het serumcholesterolgehalte. Tussen de lage en hoge aandachtsgroep was geen verschil waarneembaar. De kennis over het verschil tussen dieetmargarine en halvarine bleef laag. Zowel bij de voor- als bij de nameting kende in de experimentele groep 27% het verschil.

Attitude

Significant meer respondenten uit de experimentele groep gaven bij de nameting aan zich beter te voelen door minder vet te eten en er slanker en daardoor leuker uit te zien. In de controlegroep waren er geen significante veranderingen ten opzichte van de voormeting. Het deel van de experimentele groep dat weinig van de voorlichting had gezien was het bij de nameting vaker eens met de stelling 'door minder vet te eten zie ik er slanker en dus leuker uit'. De vragen werden door het grootste deel van de respondenten van de experimentele groep (>65%) beantwoord in de richting van een positieve attitude ten aanzien van een vermindering van de hoeveelheid vet in de voeding. Dit gold eveneens voor de respondenten in de controlegroep met uitzondering van één stelling, 'door minder vet te eten voel ik me beter'.

Subjectieve norm

In de experimentele groep en in de controlegroep traden geen significante verschuivingen op in de afzonderlijke vragen. De gemiddelde somscore was hoog, namelijk 3,4 in de experimentele groep en 3,3 in de controlegroep, zowel bij de voor- als nameting, terwijl de maximale somscore vier was. De berekende somscores bleken niet te zijn veranderd en verschilden ook niet tussen de experimentele en de controlegroep. In de hoge aandachtsgroep was de subjectieve norm ten aanzien van de stelling 'ik koop geen magere producten, omdat degenen met wie ik samen eet daar niet van houden', gunstiger in de nameting.

Persoonlijke effectiviteit

De persoonlijke effectiviteit met betrekking tot het verminderen van de vetconsumptie was in de experimentele groep bij de nameting hoger dan bij de voormeting. De opvatting over de stelling 'de supermarkt biedt te weinig mogelijkheden om minder vet te eten' veranderde. Meer respondenten waren het bij de nameting oneens met deze stellingen namelijk 85% ten opzichte van 77% bij

de voormeting. 'Het is moeilijk te achterhalen, waar veel vet in zit' wordt vaker met 'oneens' beantwoord bij de nameting, namelijk 80% ten opzichte van 74% bij de voormeting. In de controlegroep waren geen verschuivingen aantoonbaar.

Gedrag

In de experimentele groep daalde het aantal respondenten dat margarine of roomboter als broodsmersel gebruikte significant. Tussen de hoge en de lage aandachtsgroep waren geen verschillen aantoonbaar. Een significant deel hiervan ging dieetmargarine gebruiken. In de controlegroep waren deze veranderingen niet te zien. De experimentele groep gebruikte hetzelfde bakproduct als tijdens de voormeting. In de controlegroep trad een ongunstige verschuiving op, namelijk van dieetmargarine/olie naar roomboter/ margarine/ bak- en braadproduct. Deze verandering is significant. In zowel de experimentele als de controlegroep deden zich een aantal significante gunstige en ongunstige veranderingen voor in de consumptie van een aantal voedingsmiddelen. Een toename in het gebruik van fritessaus en magere kaas en een afname van het gebruik van volle vla deden zich alleen in de experimentele groep voor. In de experimentele groep werd tijdens de nameting significant meer fritessaus gegeten; in de controlegroep was de consumptie van satésaus hoger. In de experimentele groep was de consumptie van een aantal vleessoorten in de nameting significant verminderd, er werd minder worst op brood en bij de warme maaltijd, spek en ontbijtspek geconsumeerd. In de controlegroep werd significant minder worst op brood en bij de warme maaltijd minder spek en minder rundergehakt gegeten. De consumptie van karnemelk was in beide groepen toegenomen. In de experimentele groep werd minder volle vla gebruikt en in de controlegroep minder volle melk en meer magere yoghurt. De genoemde veranderingen in de zuivelconsumptie zijn significant. Het gebruik van volvette kaas was in beide groepen significant lager; in de experimentele groep werd meer magere kaas gegeten.

Gezondheidsimago De Boer Supermarkten

Beide groepen vonden bij de nameting dat De Boer Supermarkten veel informatie en voorlichting over gezonde voeding geeft. De opvattingen over de mogelijkheden die De Boer Supermarkten biedt om een gezond levensmiddelenpakket samen te stellen, veranderde niet (Dijkshoorn, 1993).

6.7.3 Conclusie en discussie

Conclusie

Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat het project een grote bekendheid genoot. Veel respondenten hadden poster en productlabels gezien. Een aantal van hen gaf aan vaker op de productlabels te gaan letten.

Wat betreft kennis en subjectieve norm zijn geen verbeteringen geconstateerd. Op het vlak van de attitude en persoonlijke effectiviteit werden gunstige resultaten

gevonden. Het gezondheidsimago van De Boer Supermarkten werd door de voorlichtingsactiviteiten verbeterd. In de experimentele groep was een gunstige verandering te zien in het gebruik van broodsmearsels, volle vla en magere kaas. Er is echter wel een toename in de consumptiefrequentie van fritessaus.

Discussie

De meeste respondenten waren positief over de supermarktvoorlichting. Veel respondenten hadden de boodschap gezien, een deel van hen nam er daadwerkelijk kennis van. Het bereik van de activiteiten waarin interpersoonlijke voorlichting plaatsvond, was laag. Wanneer de interpersoonlijke voorlichting meer mensen zou kunnen bereiken, kan het effect van de voorlichting toenemen, omdat juist deze vorm van voorlichting de grootste kans geeft op een kennis-, houdings- of gedragsverandering.

Zowel respondenten van de controlegroep als die van de experimentele groep letten bij de nameting meer op het vetgehalte van levensmiddelen. Dit werd mogelijk veroorzaakt door het effect van een massieve presentatie (Van Woerkum, 1984). Massieve presentatie kan optreden als voorlichting zich kenmerkt door een uitgebreide en intensieve aandacht voor een bepaald onderwerp en dit geruime tijd wordt volgehouden en nauwelijks wordt weersproken. Het laten meespelen van gezondheidsoverwegingen bij de keuze van voedingsmiddelen wordt al een aantal jaren gestimuleerd door bijvoorbeeld de 'Let op vet' campagne, de Hartstichting en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding. Ook de industrie sluit hierbij aan. Het project 'Minder vet: HARTstikke Goed!', de landelijk 'Let op vet' campagne en het tijdschrift 'Boodschappen' van De Boer Supermarkten hebben deze gezondheidsoverwegingen mogelijk versterkt.

De respondenten waren in het algemeen erg positief over de voorlichtingsactiviteiten door de supermarkt en meer dan de helft had de poster, de informatietafel en de krantenartikelen gezien. Het was opvallend dat de opleiding van de respondenten in de hoge aandachtsgroep lager was dan die in de lage aandachtsgroep. De aandacht voor de activiteiten was tamelijk laag. Er zijn drie hoofdoorzaken voor die lage aandacht-somscore. Ten eerste is het mogelijk dat de respondenten de voorlichting wel gezien hebben en er ook door beïnvloed zijn, maar er niet actief iets mee deden. De aandacht-somscore is dan laag, omdat deze score berekend werd over de vragen waarin de respondenten aangaven actief iets met de voorlichtingsactiviteit te doen. Er zullen ook respondenten zijn die zich de voorlichtingsactiviteiten niet bewust herinneren, maar deze wel gezien hebben en er ook enigszins door beïnvloed zijn. De gemeten aandacht is dan laag, maar er is wel contact geweest met het medium en de boodschap.

Ten tweede moet voedingsvoorlichting opvallen tussen andere, gelijktijdige commerciële activiteiten. Bovendien zijn veel van de activiteiten waarin interpersoonlijke voorlichting werd gegeven eenmalig en op rustige tijdstippen ('s

middags) uitgevoerd. Het bereik van deze activiteiten was dan ook laag hetgeen spijtig is, omdat juist interpersoonlijke voorlichting een gedragsverandering kan veroorzaken. Bij massamediale voorlichting is de kans daarop veel kleiner (Wapenaar, 1989).

Een derde verklaring voor de lage aandacht-somscore is dat mensen niet voor deze voorlichtingsactiviteiten in de supermarkt kwamen. Zo gaf een aantal respondenten tijdens het interview aan weinig tijd in de supermarkt door te brengen. Bovendien vormde het aanknopen van een gesprek met een diëtist of voedingskundige een drempel. De diëtist of voedingskundige moest klanten aanspreken, voordat ze een gesprek begonnen of de stand kwamen bekijken.

6.8 Manifestaties

In het kader van het project werden vier manifestaties georganiseerd, voor ieder thema één. Aan zoveel mogelijk bezoekers werd bij het verlaten van de manifestatie gevraagd een kort evaluatieformulier in te vullen. Om de kans op een hoge non-respons te verkleinen besloeg de schriftelijke vragenlijst hooguit twee A4-tjes. Alhoewel de vragenlijsten niet volledig met elkaar overeenkomen, komen de volgende aandachtspunten in alle lijsten terug:

- de beoordeling van de manifestatie;
- de kennis van de mogelijkheden om gezonder te leven;
- de attitude en intentie ten aanzien van een gezonde leefstijl en de eventuele invloed van de manifestatie hierop;
- de manier waarop men van de manifestatie heeft gehoord.

6.8.1 Resultaten

Voedingsmanifestatie

Het aantal bezoekers van de voedingsmanifestatie wordt geschat op 1000 mensen. Een aantal personen is gevraagd een evaluatieformulier in te vullen. In totaal vulden 143 personen een evaluatieformulier in (14% van de bezoekers). Het overgrote deel (94%) van de ondervraagde bezoekers beoordeelde de manifestatie als goed tot zeer goed en 78% van de bezoekers vond de geboden informatie interessant. Bijna alle ondervraagden (96%) waren na het bezoek aan de manifestatie van mening dat er meer mogelijkheden zijn om minder vet en toch lekker te eten dan men dacht. Alle respondenten waren van mening dat eten met minder vet lekker kan zijn en 76% vond het niet moeilijk om minder vet te koken. De voedingsmanifestatie motiveerde 81% van de bezoekers om nieuwe adviezen en tips te proberen. De belangrijkste informatiebronnen, via welke men van de voedingsmanifestatie had gehoord, zijn de krant (45%), de radio (24%) en de kabelkrant (11%).

Sportmanifestatie

Naar schatting bezochten 200 mensen de sportmanifestatie van wie 83 een evaluatieformulier invulde (42% van de bezoekers). De sportmanifestatie werd door iets meer vrouwen (57%) dan mannen (43%) bezocht. De verschillende leeftijdsgroepen waren redelijk evenredig verdeeld over de bezoekers, alleen de groep 40 tot en met 49 jaar was iets oververtegenwoordigd. De bezoekers van de sportmanifestatie waren grotendeels al in meer of mindere mate actief; 81% deed aan sport. De manifestatie werd door 75% als goed tot zeer goed gewaardeerd en 69% vond de geboden informatie interessant. Van de bezoekers zei 66% zich mede door het bezoek aan de sportmanifestatie bewuster te zijn van het feit dat sport/beweging helpt om hart- en vaatziekten te voorkomen, 16% was het hier niet mee eens. Voor 74% van de bezoekers gaf de manifestatie een beter beeld van de mogelijkheden om te sporten en te bewegen. Door de sportmanifestatie zei 64% van de bezoekers zin gekregen te hebben om (meer) te gaan sporten. Voor wat betreft het volgende jaar was 36% zeker van plan om meer te gaan sporten/bewegen, 24% antwoordt 'waarschijnlijk wel'. De meeste bezoekers hadden van de sportmanifestatie gehoord via de krant en via vrienden, kennissen en familie.

Stoppen met roken informatieavond

De stoppen met roken informatieavond werd naar schatting door 300 mensen bezocht. Door 112 bezoekers werd een evaluatieformulier ingevuld, een respons van 37%. Onder de ondervraagde bezoekers was de leeftijdscategorie 30 tot en met 49 jaar het meest vertegenwoordigd (67%). De informatieavond werd meer bezocht door vrouwen (62%) dan door mannen (38%). De manifestatie werd voornamelijk bezocht door rokers, namelijk 98%.

De stoppen met roken informatieavond werd door 65% van de ondervraagden als goed gewaardeerd en 32% vond het een redelijke avond. De presentatie van de huisarts werd het meest bezocht en werd ook het best beoordeeld. De geboden informatie op de informatiemarkt vond 83% goed. De meeste belangstelling op de informatiemarkt was er voor de nicotinepleisters, de cursussen stoppen met roken en voor de verschillende metingen.

Een groot deel van de ondervraagden vond dat er meer mogelijkheden zijn om te stoppen met roken dan men dacht (81%). Het voorgaande jaar probeerde 46% van de ondervraagden te stoppen, 15% van hen zei hierin geslaagd te zijn. Van de bezoekers die op het moment van de manifestatie nog rookten zei 97% binnenkort te stoppen. Om te stoppen dacht 40% ondersteuning nodig te hebben van een cursus stoppen met roken in groepsverband, 30% ondersteuning door middel van nicotinepleisters en 14% zei geen steun nodig te hebben.

De belangrijkste informatiebronnen voor de stoppen met roken informatieavond waren een krantenadvertentie (53%) en krantenartikel (28%).

Informatieavond 'Spanningen de baas'

De informatieavond 'spanningen de baas' werd door zo'n 300 mensen bezocht, van wie 73 een evaluatieformulier invulden. Dit is een respons van ongeveer 25%. De informatieavond werd door meer vrouwen dan mannen bezocht en het overgrote deel van de bezoekers was tussen de 30 en 60 jaar oud. De ondervraagde bezoekers van de stressmanifestatie schatten in dat ze (iets) meer (55%) last van stress hebben dan hun leeftijdsgenoten.

Van de ondervraagden vond 51% de avond goed en 47% redelijk. De belangstelling voor de verschillende activiteiten was vrij evenredig. Naar aanleiding van de informatie op de stressmanifestatie zei 79% dat er meer mogelijkheden zijn om zich te ontspannen dan men dacht. Van de ondervraagden had 66% het voorgaande jaar serieus geprobeerd om meer ontspanning te nemen en 57% van hen zegt hierin ook geslaagd te zijn. De belangrijkste redenen om niet meer ontspanning te nemen zijn dat men denkt dat er altijd nog wel iets gedaan moet worden (52%) en dat men vindt dat men al voldoende ontspanning heeft (20%). Men was meestal door een advertentie (44%) of een artikel in de krant (20%) op de hoogte geraakt van de informatieavond.

6.8.2 Conclusie en discussie

Conclusie

Alle vier de manifestaties werden door een groot aantal mensen bezocht en goed tot zeer goed gewaardeerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het project door middel van deze manifestaties er in geslaagd is het belang van een gezonde leefstijl goed onder de aandacht van de bevolking te brengen.

Een manifestatie is een goede methode om de verschillende mogelijkheden in de eigen woonplaats of regio op het gebied van gezonder eten, meer bewegen, stoppen met roken en meer ontspanning te presenteren. Het percentage mensen dat na afloop van de manifestatie aangeeft meer inzicht te hebben in de mogelijkheden om gezonder te gaan leven was bij alle vier manifestaties hoog.

Uit de resultaten van de evaluatie van de manifestaties kan geconcludeerd worden dat een groot deel van de bezoekers na afloop van de manifestatie een positieve attitude had ten aanzien van een gezonde leefstijl.

Na afloop van de voedingsmanifestatie was 81% van de ondervraagden van plan om tips en adviezen met betrekking tot minder vet koken te proberen, 64% van de bezoekers aan de sportmanifestatie kreeg zin om (meer) te gaan sporten en 97% van de bezoekers van de stoppen met roken informatieavond zei binnenkort te stoppen met roken. Geconcludeerd kan worden dat na afloop van een manifestatie een groot deel van de bezoekers gemotiveerd was om gezonder te gaan leven.

Discussie

Alhoewel alle vier manifestaties goed tot zeer goed zijn bezocht dient opgemerkt te worden dat met de sportmanifestatie niet de beoogde doelgroep is bereikt. De sportmanifestatie was met name bedoeld voor het niet sportende deel van de bevolking. Deze manifestatie is voor 81% door mensen bezocht die in meer of mindere mate aan sport deden. Opgemerkt dient te worden dat alle vier de manifestaties in de gemeente Emmen plaatsvonden. Het bereik en de toegankelijkheid van de manifestaties zou vergroot kunnen worden door deze ook in de andere gemeenten te organiseren.

Bij de conclusies dient opgemerkt te worden dat de attitude en de motivatie ten aanzien van een gezonde leefstijl alleen na afloop van de manifestatie gemeten is. Onduidelijk is in welke mate de geboden informatie bijgedragen heeft aan de gemeten positieve attitude en intentie. De vraag rijst of deze positieve attitude en intentie reeds aanwezig waren voordat men de manifestatie bezocht en of de manifestatie alleen door mensen is bezocht die al positief staan tegenover een gezonde leefstijl. Mocht dit inderdaad het geval zijn dan is met de manifestatie een groep mensen bereikt die reeds aandacht hadden voor een gezonde leefstijl. Deze veronderstelling wordt enigszins bevestigd door het feit dat 46% van de ondervraagden bij de 'stoppen met roken informatieavond' het voorgaande jaar al eens geprobeerd had om te stoppen met roken. Het verschijnsel dat met voorlichting veelal mensen bereikt worden die de voorlichting het minst nodig hebben wordt eveneens in andere onderzoeken aangetroffen (Vlug, 1991). De belangrijkste bijdrage van een manifestatie is in een dergelijke situatie het informeren over de mogelijkheden om gezonder te gaan leven in de eigen omgeving. Hierin zijn alle vier manifestaties goed geslaagd. Direct na afloop is bij een groot deel van de bezoekers een positieve attitude en intentie gemeten om gezonder te gaan leven. Onduidelijk is hoelang deze positieve situatie blijft bestaan en hoeveel mensen inderdaad hun leefstijl zijn gaan veranderen.

Uit de resultaten blijkt dat een manifestatie een goede en relatief goedkope methode is om veel mensen gelijktijdig te bereiken en mensen te informeren over het belang en de mogelijkheden van een gezonde leefstijl. Alhoewel men er niet altijd in zal slagen de juiste groep mensen te bereiken, te weten zij die nog geen aandacht hebben voor een gezonde leefstijl, kunnen de mensen die wel komen een voortrekkersrol spelen voor de rest van de bevolking.

7 Effectevaluatie: effecten van het project

In het effectonderzoek is onderzocht of de kennis, de houding en het gedrag van de bevolking van Zuidoost-Drenthe veranderd is ten aanzien van de leefstijlfactoren waar het project zich op richtte. Het gaat hierbij om voeding, beweging, roken en stress en hart- en vaatziekten in het algemeen. Hiertoe is een tweeledig onderzoek opgezet. Ten eerste betreft dit het longitudinaal onderzoek. Dit is een experimenteel vervolgonderzoek met een voormeting, eerste, tweede en derde effectmeting, bij een experimentele groep in Zuidoost-Drenthe en een controlegroep in Zuidwest-Drenthe. Ten tweede is een cross-sectioneel onderzoek opgezet. Dit omvat de vergelijking van gegevens van twee onafhankelijke groepen in 1991 en 1998 bij de experimentele regio. In de volgende paragrafen worden de resultaten van het effectonderzoek besproken.

7.1 Resultaten longitudinaal onderzoek

In deze paragraaf wordt ingegaan op de resultaten van het longitudinaal onderzoek dat in 1991, 1993, 1996 en 1998 is gehouden. Hieronder wordt eerst ingegaan op de deelname aan het onderzoek en de samenstelling van de onderzochte groepen. Vervolgens worden de effecten van het project op de verschillende fasen van het model voor gedragsverandering via voorlichting besproken.

7.1.1 Respons

Het effectonderzoek is uitgevoerd onder de personen die aan alle metingen hebben deelgenomen. In tabel 7.1 wordt een overzicht gegeven van de samenstelling van de uiteindelijke onderzochte groepen.

Tabel 7.1 Samenstelling van het cohort in percentage en aantal respondenten

	GP+				GP-				controle			
	man		vrouw		man		vrouw		man		vrouw	
25-34 jaar	24%	14	22%	13	23%	36	22%	33	24%	44	22%	39
35-44 jaar	23%	13	22%	13	22%	34	22%	33	23%	42	22%	39
45-54 jaar	21%	12	19%	11	20%	31	19%	28	21%	38	19%	34
55-64 jaar	16%	9	16%	9	17%	27	16%	24	16%	29	16%	28
≥65 jaar	17%	10	21%	12	17%	25	21%	31	17%	31	21%	37
totaal	100%	58	100%	58	100%	153	100%	149	100%	184	100%	177

In tabel 7.2 wordt de respons op de metingen na de eerste meting weergegeven. In de tabel is te zien dat in de groep met gemeentelijke projectgroepen de respons geleidelijk toe neemt van 69% in 1993 tot 76% in 1998. In de experimentele regio zonder gemeentelijke projectgroepen blijft de respons vrijwel gelijk, gemiddeld 74%. In de controleregio is de respons iets lager. Na alle metingen (voormeting en de drie effectmetingen) heeft in de GP+ groep 37% aan alle metingen meegedaan, in de GP- groep is dat 41%. In de controleregio is dat percentage na drie metingen 52. De totale respons is hier dus hoger. Dat komt omdat in de controleregio geen eerste meting is gehouden.

Tabel 7.2 Vergelijking tussen respons en non-respons groep; experimentele- en controleregio longitudinaal onderzoek in 1993, 1996 en 1998¹

	1993 non- respons	respons	X ² /t-test p	1996 non- respons	respons	X ² /t-test p	1998 non- respons	respons	X ² /t-test p
<i>experimentele regio GP+</i>									
aantal	90	198		57	138		34	108	
respons	31%	69%		29%	71%		24%	76%	
respons cumulatief		69%			48%			37%	
man	47%	43%	0,565	36%	46%	0,239	47%	40%	0,465
vrouw	53%	57%		64%	54%		53%	60%	
gem. leeftijd (jaar)	45	46	0,622	48	47	0,717	51	51	0,998
vindt gezondheid goed	64%	72%	0,194	76%	72%	0,543	59%	75%	0,076
doet aan sport	39%	38%	0,790	49%	41%	0,321	31%	49%	0,084
rookt	34%	29%	0,661	25%	28%	0,709	19%	22%	0,314
let op vet	57%	53%	0,632	44%	64%	0,037	92%	73%	0,057
<i>experimentele regio GP-</i>									
aantal	187	562		153	405		105	309	
respons	25%	75%		27%	73%		25%	75%	
respons cumulatief		75%			54%			41%	
man	52%	44%	0,065	46%	40%	0,268	39%	42%	0,586
vrouw	48%	56%		50%	60%		61%	58%	
gem. leeftijd (jaar)	48	46	0,113	45	48	0,050	51	51	0,932
vindt gezondheid goed	61%	73%	0,002	74%	75%	0,919	61%	70%	0,087
doet aan sport	37%	41%	0,340	39%	48%	0,094	42%	44%	0,642
rookt	42%	33%	0,038	35%	27%	0,165	33%	23%	0,083
let op vet	61%	64%	0,532	61%	72%	0,060	75%	78%	0,549
<i>controle regio²</i>									
aantal	-	-		199	433		123	326	
respons	-	-		31%	69%		27%	73%	
respons cumulatief	-	-			69%			52%	
man	-	-		50%	42%	0,055	42%	39%	0,617
vrouw	-	-		50%	58%		58%	61%	
gem. leeftijd (jaar)	-	-		46	45	0,681	47	49	0,241
vindt gezondheid goed	-	-		74%	74%	0,941	76%	73%	0,621
doet aan sport	-	-		39%	41%	0,733	49%	37%	0,059
rookt	-	-		41%	32%	0,047	38%	25%	0,024
let op vet	-	-		61%	68%	0,185	69%	73%	0,473
1) Aangezien van de oorspronkelijke groep geënquêteerden geen informatie is behalve naam en adres is geen vergelijking gemaakt tussen non-respons en respons in 1991									
2) Het cohort in de controle regio is in 1993 gevormd									

Omdat van de non-respondenten informatie uit de voorgaande meting bekend is (behalve van de voormeting in 1991) kan worden nagegaan of er sprake is van selectieve uitval. Voor een aantal kenmerken is dat bekeken. Uit de tabel blijkt dat verschillen bij alle drie de groepen voorkomen. Er bestaan significante verschillen in deelname onder personen die op vet letten (GP+ 1996), hun gezondheid goed ervaren (GP- 1993) en onder de rokers (GP- 1993 en controle 1996 en 1998). In al deze gevallen hebben personen met een gezonder gedrag of die hun gezondheid goed ervaren vaker meegedaan aan het onderzoek. Aangezien bij alle drie groepen de verschillen in respons min of meer in gelijke mate voorkomen, kan worden aangenomen dat bij vergelijking tussen de groepen onderling de resultaten niet sterk beïnvloed zijn.

7.1.2 Bekendheid van het project

In tabel 7.3 wordt de bekendheid van het project beschreven. Duidelijk is te zien dat het project een steeds grotere bekendheid geniet in de loop van de tijd. Aangezien in het longitudinaal onderzoek de personen door de vragenlijst herhaaldelijk op het project zijn gewezen is het logisch dat ook in de controlegroep de bekendheid is toe genomen. Het verschil in bekendheid van het project is echter groot tussen personen in gemeenten met en gemeenten zonder projectgroep en de controle-regio. Dit betekent dat de grotere bekendheid niet alleen een gevolg kan zijn van het meedoen aan het longitudinaal onderzoek, maar dat dit bereikt is door de voorlichtingsactiviteiten. In 1998 zegt 17% in de gemeenten met een

Tabel 7.3 Bekendheid van het project

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
<i>1993</i>						
niet van gehoord	39%	39	45%	126	93%	326
1 - 2 keer	35%	36	28%	78	6%	20
3 - 5 keer	18%	18	17%	48	0%	1
meer dan 5 keer	8%	8	9%	24	1%	3
<i>1996</i>						
niet van gehoord	21%	24	30%	88	64%	227
1 - 2 keer	41%	46	47%	138	31%	110
3 - 5 keer	23%	26	17%	50	3%	11
meer dan 5 keer	15%	17	7%	20	2%	7
<i>1998</i>						
niet van gehoord	17%	20	21%	63	46%	159
1 - 2 keer	39%	43	43%	126	41%	143
3 - 5 keer	23%	26	23%	67	9%	31
meer dan 5 keer	21%	23	14%	40	4%	15
Friedman X ² -toets						
GP+ P=0,000						
GP- P=0,000						
controle P=0,000						

projectgroep niet van het project te hebben gehoord. In de controleregio is dat 46%. In gemeenten met een projectgroep is het percentage dat zegt vaker dan vijf keer van het project te hebben gehoord 21. In de controleregio is dat slechts 4%

In het onderzoek is nagegaan of men de inhoud van het project kent, en niet alleen bekend is met de naam of gewoon maar zegt ermee bekend te zijn. Hiervoor is onderzocht of men de aanleiding van het project kent. Personen in de regio met gemeentelijke projectgroepen zijn vaker op de hoogte van de juiste aanleiding tot het project. Vooral in de periode tussen 1993 en 1996 is er een toename in deze kennis geweest. In de regio zonder projectgroepen en de controleregio is het percentage dat de aanleiding kent lager (tabel 7.4).

Tabel 7.4 Bekend met aanleiding van het project

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
1993						
juist	25%	23	18%	45	2%	8
onjuist	33%	31	32%	79	3%	10
kent project niet	42%	39	50%	126	95%	326
1996						
juist	29%	32	21%	59	8%	29
onjuist	49%	53	48%	136	26%	90
kent project niet	22%	24	31%	88	66%	227
1998						
juist	30%	32	19%	57	9%	32
onjuist	52%	56	59%	175	45%	159
kent project niet	18%	20	21%	63	45%	159
Friedman X ² -toets						
GP+ P=0,001						
GP- P=0,000						
controle P=0,000						

7.1.3 Aandacht

De eerste stap in het model tot gedragsverandering via voorlichting van Kok is aandacht. In tabel 7.5 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin men heeft gehoord of gelezen en heeft gesproken over hart- en vaatziekten en de afzonderlijke leefstijlfactoren voeding, beweging, roken en stress. Op basis van een aantal vragen is een waarde tussen 0% en 100% berekend op een schaal voor aandacht.

Uit de tabel blijkt dat de onderzochte groepen niet veel verschillen wat betreft aandacht. Bij alle drie de groepen is een gelijke lichte toename te zien in het percentage dat heeft gelezen over of gehoord van hart- en vaatziekten en dat heeft gesproken over hart- en vaatziekten. Bij de experimentele groep met gemeentelijke projectgroepen is deze toename niet significant. In de laatste meting (1998) bestaan

er geen verschillen tussen de drie groepen. Gemiddeld gesproken zegt 90% in de afgelopen periode over hart- en vaatziekten te hebben gelezen of ervan te hebben gehoord. Ongeveer 50% heeft daar met anderen over gesproken. Als onderscheid wordt gemaakt naar de afzonderlijke leefstijlfactoren, blijkt dat vooral de aandacht voor voeding en stress is toegenomen in de afgelopen jaren. Ook hier geldt dat de uiteindelijke score op de schalen in 1998 in de drie groepen niet veel verschilt. Ten aanzien van de leefstijlfactor stress valt op dat in de controlegroep in 1998 iets minder vaak over stress wordt gesproken.

Tabel 7.5 Aandacht voor risicofactoren van hart- en vaatziekten

	over gehoord / gelezen			over gesproken		
	GP+	GP-	controle	GP+	GP-	controle
<i>hart- en vaatziekten</i>						
1993	84%	82%	85%	46%	42%	40%
1996	88%	89%	86%	54%	50%	47%
1998	89%	90%	90%	51%	50%	47%
Friedman χ^2 , P=	0,345	0,041	0,041	0,315	0,000	0,000
<i>voeding</i>						
1993	88%	83%	86%	81%	72%	71%
1996	86%	91%	89%	77%	78%	79%
1998	94%	93%	94%	80%	83%	80%
Cochrane χ^2 , P=	0,304	0,001	0,007	0,832	0,180	0,036
<i>beweging</i>						
1993	87%	81%	89%	89%	85%	79%
1996	90%	89%	85%	85%	84%	82%
1998	88%	88%	89%	86%	82%	85%
Cochrane χ^2 , P=	0,196	0,016	0,282	0,482	0,575	0,194
<i>roken</i>						
1993	91%	90%	89%	84%	82%	82%
1996	91%	93%	92%	93%	91%	86%
1998	89%	91%	93%	87%	88%	87%
Cochrane χ^2 , P=	0,819	0,226	0,087	0,144	0,393	0,081
<i>stress</i>						
1993	75%	74%	76%	48%	49%	44%
1996	82%	84%	80%	65%	57%	57%
1998	78%	85%	83%	64%	64%	56%
Cochrane χ^2 , P=	0,756	0,013	0,030	0,030	0,022	0,000

7.1.4 Begrip

Het begrip is getest door een aantal kennisvragen te stellen over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Met behulp van deze vragen is een somscore berekend. De waarde hiervan ligt tussen 0 en 100. In tabel 7.6 wordt een overzicht gegeven van de totale kennisscore en de kennisscore van de afzonderlijke leefstijlfactoren. In 1998 scoren de drie onderzochte groepen precies gelijk op de schaal totale kennis, namelijk 52 punten. Bij de GP+ groep is er een kleine toename te zien in de score ten opzichte van de beginsituatie. Deze toename heeft vooral in de periode 1993-1996 plaatsgevonden. Bij de andere twee groepen is deze ongewijzigd

gebleven. Het uitgangspunt was in de GP+ groep lager. Als onderscheid gemaakt wordt naar de afzonderlijke factoren blijkt dat er geen veranderingen gedurende de projectperiode zijn opgetreden.

Tabel 7.6 Kennisscore risicofactoren voor hart- en vaatziekten

	GP+	GP-	controle
<i>totaal</i>			
1993	49	51	51
1996	52	52	53
1998	52	52	52
Friedman X ² , P=	0,030	0,880	0,561
<i>voeding</i>			
1993	58	59	59
1996	61	62	63
1998	60	61	61
Friedman X ² , P=	0,979	0,326	0,107
<i>beweging</i>			
1993	56	59	56
1996	59	56	58
1998	60	58	58
Friedman X ² , P=	0,158	0,053	0,199
<i>roken</i>			
1993	71	72	77
1996	75	75	79
1998	71	80	75
Cochrane X ² , P=	0,446	0,271	0,256
<i>stress</i>			
1993	48	52	56
1996	54	56	56
1998	52	56	58
Friedman X ² , P=	0,162	0,224	0,375

1) Omgerekend naar kennis-schaal van 0 tot 100

Een andere maat voor de kennis is het kunnen noemen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Tabel 7.7 geeft het aantal juiste risicofactoren weer dat de respondenten hebben genoemd. Over de periode van het project is dit aantal enigszins veranderd, maar de verschillen zijn in geen enkele groep significant.

Tabel 7.7 Kennisscore risicofactoren voor hart- en vaatziekten

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
Geeft drie goede antwoorden						
1991	73%	83	80%	241	-	-
1993	84%	96	83%	249	82%	294
1996	73%	84	80%	242	76%	274
1998	81%	92	74%	224	78%	282
Cochrane X ² , P=	0,147		0,114		0,201	

7.1.5 Attitude

De attitude wordt beschreven aan de hand van twee stellingen die de deelnemers aan het onderzoek zijn voorgelegd. De eerste stelling luidt 'het risico op hart- en vaatziekten hebben de meeste mensen grotendeels zelf in de hand'. Uit de gegevens in tabel 7.8 blijkt dat er in beide experimentele groepen een significante verandering is opgetreden gedurende de projectperiode. Ten eerste is in de groepen GP+ en GP- het aantal personen dat geen mening heeft of het niet weet afgenomen in de loop van het project. Verder is in de eerste 5 jaar van het project tot 1996 het aantal personen met een positieve attitude in de GP+ groep toegenomen. In de GP- groep is de toename van het percentage personen met een positieve attitude minder geweest, maar de toename is na 1996 niet gestopt. Hierdoor is uiteindelijk in 1998 in de GP- en in de controle groep het percentage personen met een positieve attitude groter dan in de GP+ groep.

Tabel 7.8 Attitude ten aanzien van risico op en aandacht voor hart- en vaatziekten

	'het risico op hart- en vaatziekten hebben de meeste mensen grotendeels zelf in de hand'						'al die aandacht voor hart- en vaatziekten vind ik overdreven'					
	GP+		GP-		controle		GP+		GP-		controle	
1991												
eens	53%	57	60%	170			10%	10	7%	21		
oneens	22%	23	20%	56			80%	85	81%	233		
weet niet	25%	26	21%	58			11%	12	11%	33		
1993												
eens	62%	68	61%	174	62%	218	11%	12	11%	33	13%	44
oneens	26%	28	25%	73	24%	84	82%	91	80%	230	80%	282
weet niet	12%	14	14%	39	13%	47	6%	7	9%	26	7%	25
1996												
eens	68%	77	66%	196	64%	227	12%	14	14%	41	14%	52
oneens	24%	27	24%	72	26%	91	81%	90	79%	234	79%	282
weet niet	8%	9	10%	29	11%	37	7%	8	7%	20	7%	24
1998												
eens	61%	68	69%	203	67%	239	16%	18	16%	46	15%	52
oneens	31%	35	25%	75	22%	78	76%	86	80%	237	80%	286
weet niet	8%	9	6%	18	11%	39	7%	8	4%	13	5%	19
Friedman X ² , P=	0,004		0,011		0,582		0,831		0,004		0,800	

Uit de mening over de tweede stelling, 'al die aandacht voor hart- en vaatziekten vind ik overdreven', blijkt dat er alleen in de GP- groep significante veranderingen zijn opgetreden gedurende de projectperiode. In deze groep is het aantal personen met een negatieve attitude van 7% in 1991 tot 16% in 1998 toegenomen. Het percentage personen met, vanuit preventieoogpunt, een negatieve attitude ten aanzien van deze stelling is in de drie groepen in 1998 uiteindelijk gelijk. Gemiddeld 15% staat negatief tegenover deze stelling, 79% heeft een positieve houding.

7.1.6 Intentie

Om een indruk te krijgen van de intentie van respondenten om gezonder te willen leven, is gevraagd naar hun voornemen om vaker op vet in de voeding te letten, meer te gaan bewegen, te stoppen met roken en meer te ontspanning te nemen. In tabel 7.9 wordt hier een overzicht van gegeven.

Uit de tabel wordt duidelijk dat er zich vrijwel geen veranderingen hebben voorgedaan gedurende de projectperiode. Alleen in de controlegroep is het aantal personen dat meer ontspanning wil nemen significant toegenomen tot hetzelfde percentage met dat voornemen in de beide experimentele groepen. De intentie om meer op de voeding te letten, meer te bewegen en minder te roken of te stoppen is in geen enkele groep veranderd.

Tabel 7.9 Intentie tot gezonder gedrag

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
<i>wil op voeding letten</i>						
1993	30%	32	25%	74	23%	79
1996	26%	28	30%	84	27%	95
1998	21%	23	30%	86	23%	77
Cochrane X ² , P=		P=0,164		P=0,835		P=0,558
<i>wil meer gaan bewegen</i>						
1993	43%	47	32%	91	32%	108
1996	37%	41	30%	87	28%	98
1998	33%	33	32%	85	26%	81
Cochrane X ² , P=		P=0,226		P=0,534		P=0,280
<i>wil minder gaan roken</i>						
1993	31%	10	39%	30	37%	40
1996	36%	11	41%	33	29%	29
1998	22%	8	26%	20	30%	30
Cochrane X ² , P=		P=0,472		P=0,311		P=0,943
<i>wil meer ontspanning nemen</i>						
1993	33%	35	37%	108	28%	98
1996	34%	37	32%	91	33%	114
1998	39%	42	36%	104	36%	126
Cochrane X ² , P=		P=0,922		P=0,522		P=0,020

7.1.7 Gedragsverandering

Een stap verder dan alleen de intentie om gezonder te gaan leven is het daadwerkelijk veranderen van gedrag. In de evaluatie is nagegaan of men gedurende de projectperiode geprobeerd heeft het gedrag ten aanzien van de vier leefstijlthema's te veranderen. In tabel 7.10 wordt de gedragsverandering beschreven.

Uit het overzicht blijkt dat het percentage respondenten dat heeft geprobeerd vaker op vet in de voeding te letten en dat heeft geprobeerd meer te bewegen in

alle drie groepen gelijk is gebleven gedurende de projectperiode. Significante veranderingen zijn aangetoond bij een poging om minder te roken en vaker te ontspannen. In beide experimentele groepen zijn er kleine verschuivingen in het aantal personen dat heeft geprobeerd minder te roken. In de GP+ groep is met name in de projectperiode 1993-1996 het percentage dat geprobeerd heeft meer op de voeding te letten, meer te bewegen, minder te roken en meer te ontspannen gestegen. In de periode daarna is het weer afgenomen. Ditzelfde beeld is te zien bij een poging meer ontspanning te nemen bij respondenten in de controle groep. In 1993 gaf 32% aan dat ze meer ontspanning hadden geprobeerd te nemen, in 1996 43% en in 1998 is dat 38%.

Tabel 7.10 Gedragsverandering

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
<i>heeft geprobeerd meer op voeding te letten</i>						
1993	49%	55	45%	132	39%	135
1996	53%	60	47%	139	46%	164
1998	43%	47	49%	145	46%	163
Cochrane X ² , P=		P=0,191		P=0,445		P=0,065
<i>heeft geprobeerd meer te bewegen</i>						
1993	28%	31	43%	125	32%	110
1996	35%	39	42%	121	34%	119
1998	31%	35	40%	118	33%	117
Cochrane X ² , P=		P=0,416		P=0,900		P=0,978
<i>heeft geprobeerd minder te roken</i>						
1993	31%	10	42%	35	44%	53
1996	39%	15	40%	39	43%	58
1998	31%	13	39%	38	35%	44
Cochrane X ² , P=		P=0,021		P=0,028		P=0,747
<i>heeft geprobeerd meer te ontspannen</i>						
1993	41%	43	38%	109	32%	112
1996	47%	52	42%	125	43%	150
1998	53%	58	43%	125	38%	135
Cochrane X ² , P=		P=0,368		P=0,586		P=0,030

7.1.8 Gedragsbehoud

In de vorige paragraaf is gesproken over gedragsverandering. Respondenten hebben aangegeven in hoeverre zij geprobeerd hebben hun gedrag te veranderen. Het uiteindelijke doel van het preventieproject is een blijvend 'gezond' gedrag te verwezenlijken. In het onderzoek is nagegaan in hoeverre na acht jaar preventie een gunstig gedrag ten aanzien van de leefstijlfactoren is bereikt. Hieronder wordt het gedrag ten aanzien van voeding, beweging en roken besproken. Aangezien de operationalisering van het gedrag wat betreft stress moeilijk te realiseren is in een korte vragenlijst, is deze factor niet gemeten.

Voeding

Het gedrag ten aanzien van het projectthema voeding wordt beschreven aan de hand van vragen over het letten op de samenstelling van de voeding en het percentage en het soort vet in de voeding. Tabel 7.11 geeft hier een overzicht van.

In alle drie de groepen en ten aanzien van de drie onderwerpen is een toename van gezond gedrag te zien. Gedurende het project is het percentage personen dat let op de samenstelling van de voeding met ongeveer 10% gestegen. In 1998 zegt ongeveer driekwart van de bevolking in de drie groepen op de samenstelling van de voeding te letten. Het percentage personen dat zegt op de hoeveelheid vet in de voeding te letten is over de projectperiode in de GP+ groep met 18% toegenomen en in de overige groepen met ruim 10%. Ook hier geldt dat in 1998 ongeveer driekwart let op de hoeveelheid vet in de voeding en dat er geen verschillen bestaan tussen de groepen. De toename van het aantal mensen dat let op het soort vet in de voeding is minder groot. In 1998 let ongeveer de helft van de respondenten hierop. Tussen de onderzochte groepen bestaat hierin geen verschil.

Tabel 7.11 Gedrag: let op voeding

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
<i>let meestal/vaak op samenstelling voeding</i>						
1991	59%	66	67%	199		
1993	68%	76	71%	208	64%	224
1996	67%	76	76%	220	69%	243
1998	69%	80	79%	234	71%	253
Cochrane X ² , P=		P=0,804		P=0,009		P=0,033
<i>let op percentage vet in de voeding</i>						
1991	58%	38	61%	120		
1993	65%	48	67%	138	67%	146
1996	74%	52	74%	152	71%	160
1998	76%	59	73%	167	78%	196
Cochrane X ² , P=		P=0,050		P=0,741		P=0,289
<i>let op soort vet in de voeding</i>						
1991	31%	20	38%	75		
1993	43%	32	43%	88	43%	92
1996	43%	30	40%	83	57%	128
1998	48%	37	46%	106	50%	126
Cochrane X ² , P=		P=0,587		P=0,405		P=0,025

Beweging

Om veranderingen in beweging te bestuderen is gevraagd naar het doen aan sport en beweging en de frequentie van het sporten. In tabel 7.12 wordt dit beschreven. Het aantal personen dat aan sport doet is in de GP+ groep in de eerste en tweede periode toegenomen. In de GP- groep gebeurde dit in de eerste periode. Daarna is dat percentage weer afgenomen. In de controlegroep is dat aantal ongeveer gelijk gebleven. Uiteindelijk is in 1998 het percentage personen dat sport vrijwel gelijk in

de drie groepen. Eenzelfde beeld laat de frequentie van het sporten zien. Deze constatering sluit aan bij de eerdere evaluaties (Bokma e.a. 1993; De Vries en Wijckmans 1997). De eerste perioden van het project hebben blijkbaar meer effect gehad. In de latere perioden is het gunstige effect afgenomen.

Tabel 7.12 Gedrag: beweging en sport

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
<i>doet aan sport</i>						
1991	43%	47	47%	138		
1993	46%	51	55%	161	41%	141
1996	49%	55	49%	143	39%	138
1998	44%	48	48%	138	43%	150
Cochrane X ² , P=		P=0,488		P=0,471		P=0,297
<i>sport meerdere keren per week</i>						
1991	47%	22	44%	61		
1993	65%	32	51%	82	50%	71
1996	49%	25	55%	74	45%	60
1998	46%	23	51%	69	46%	67
Cochrane X ² , P=		P=0,913		P=0,135		P=0,957

Roken

In tabel 7.13 wordt het percentage respondenten dat rookt weergegeven. Dit percentage laat een wisselend verloop zien in de GP+ groep. In de periode 1993-1996 is er een sterke afname geweest; in de laatste projectperiode is een toename te zien. In de andere twee regio's, met de GP- en de controlegroep, is het aantal rokers geleidelijk afgenomen, van ongeveer 30% naar 22% in de GP- groep en 25% in de controle groep. In 1998 roken in de GP+ groep relatief de meeste mensen.

Tabel 7.13 Gedrag: roken

	GP+		GP-		controle	
	%	aantal personen	%	aantal personen	%	aantal personen
<i>rookt</i>						
1991	26%	29	30%	89		
1993	29%	32	27%	78	31%	108
1996	24%	27	25%	72	25%	91
1998	30%	34	22%	68	25%	90
Cochrane X ² , P=		P=0,413		P=0,000		P=0,045

7.1.9 Berekening effectiviteit van het project

In de voorgaande paragrafen zijn de stappen uit het model voor gedragsverandering via voorlichting van Kok apart besproken. De effectiviteit kan ook worden uitgedrukt als invloed van het preventieproject op alle stappen uit het gehanteerde model die samen tot gedragsverandering leiden. In dit onderzoek is een productmaat berekend op basis van het model van Tones (1999). In dit model is sprake van een aantal elkaar opvolgende stappen die moeten worden doorlopen voordat succes wordt bereikt. Hoe verder men is in deze reeks stappen, hoe dichter men bij het gewenste gedrag is. De score wordt berekend als een getal tussen nul en één. Nul geeft aan dat gemiddeld in de groep nog geen stappen zijn ondernomen om het gewenste gedrag te bereiken; één zou betekenen dat de volledige groep alle in het model opgenomen stappen heeft ondernomen en het gewenste gedrag vertoont. In tabel 7.14 wordt de effectmaat afzonderlijk voor de vier leefstijlfactoren, voeding, beweging, roken en stress weergegeven. In het geval van stress is geen goede maat voor gedragsmeting in het onderzoek opgenomen. De effectmaat voor het preventieproject omvat daarom alleen de daarvoor liggende stappen.

Tabel 7.14 Effectberekening op basis van de stappen uit het model van Kok

	1993	1996	1998	veranderingen ¹			p ² X2 toets
				'93-'96	'96-'98	totaal	
<i>voeding</i>							
GP+	0,58	0,67	0,68	0,09	0,02	0,10	0,162
GP-	0,64	0,69	0,71	0,05	0,02	0,07	
controle	0,61	0,65	0,72	0,04	0,07	0,11	
<i>beweging</i>							
GP+	0,58	0,63	0,61	0,05	-0,02	0,03	0,017
GP-	0,64	0,59	0,60	-0,04	0,01	-0,04	
controle	0,54	0,56	0,58	0,01	0,03	0,04	
<i>roken</i>							
GP+	0,81	0,86	0,86	0,05	0,00	0,04	0,619
GP-	0,83	0,85	0,85	0,01	0,01	0,02	
controle	0,83	0,84	0,84	0,02	-0,01	0,01	
<i>stress</i>							
GP+	0,52	0,57	0,63	0,05	0,06	0,10	0,039
GP-	0,57	0,60	0,60	0,04	0,00	0,03	
controle	0,54	0,59	0,60	0,05	0,01	0,06	

1) significante verschillen tussen jaren (Kruskal Wallis) zijn vet en cursief weergegeven

2) verschillen tussen groepen onderling over de hele periode getoetst met X²-toets

Uit de tabel blijkt dat bij alle groepen een vooruitgang is opgetreden bij alle vier de leefstijlthema's. Een uitzondering hierop vormt de GP- groep ten aanzien van beweging. De toename en veranderingen zijn niet bij alle groepen even groot. Ten aanzien van voeding bestaat er over de hele projectperiode gezien een significante toename die ongeveer even groot is in de drie groepen. Tussen de groepen

onderling bestaat geen verschil in deze toename. Opvallend is dat in de GP+ groep de toename het grootst is in de projectperiode 1993-1996. In beide andere groepen was de toename minder groot. Ten aanzien van beweging is het beeld ongeveer gelijk. In de GP+ groep is er in de periode 1993-1996 de grootste vooruitgang geboekt. In de andere groepen is er een minder grote verandering, in de GP- groep is de verandering zelfs negatief. Op de schaal roken is er ook in de periode 1993-1996 een grotere vooruitgang zichtbaar in de GP+ groep. In de andere groepen is de verandering kleiner. In de periode 1996-1998 is er in alle groepen vrijwel geen verandering opgetreden. Ten aanzien van stress is de toename in de periode 1993-1996 in de drie groepen even groot. In de periode 1996-1998 echter, bestaat een grotere vooruitgang in de GP+ groep. In de controlegroep en de GP- groep is er geen verandering gevonden.

Uit de berekeningen blijkt dat het preventieproject ten aanzien van voeding, beweging en roken, vooral in de eerste jaren van het project een positief effect heeft gehad. De vooruitgang op de schalen is ten opzichte van de GP- groep en de controlegroep in de GP+ groep iets groter. Ten aanzien van stress bestaat er in de periode 1996-1998 in de GP+ groep ten opzichte van de overige groepen een vooruitgang. Vanwege het geringe aantal personen in de GP+ groep is het onderscheidend vermogen minder groot in deze groep. Daardoor zijn soms geringere verschillen in beide andere groepen eerder significant dan grotere verschillen in de GP+ groep.

7.2 Resultaten cross-sectioneel onderzoek; onafhankelijke groepen 1991 en 1998

Het effectonderzoek bestaat uit twee afzonderlijke onderdelen, te weten een longitudinale en een cross-sectionele benadering. Het cross-sectionele onderzoek is een aanvulling op de longitudinale studie. Samen geven beide onderzoeken voldoende inzicht in de effecten van de interventie. Deze paragraaf gaat in op de resultaten uit het cross-sectioneel onderzoek dat in 1991 en 1998 is gehouden onder twee afzonderlijke steekproeven uit de bevolking. Achtereenvolgens komen bevindingen wat betreft de respons en de verschillende fasen van het model voor gedragsverandering via voorlichting aan de orde.

7.2.1 Respons

Ten behoeve van het cross-sectioneel onderzoek zijn in de experimentele regio en in de controle regio in 1991 en in 1998 steekproeven getrokken uit inwoners van 20 tot 80 jaar. De respons op het onderzoek bedroeg in de experimentele regio in 1991 61% en in 1998 71%. In de controle-regio was de respons 67% in 1991 en 62% in 1998. In het onderzoek werden gegevens van in totaal 4015 personen gebruikt. In tabel 7.15 wordt het aantal personen naar leeftijdscategorie en geslacht

weergegeven. Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de drie experimentele condities zijn de gegevens gewogen op leeftijd en geslacht. Na de weging is de bevolkingsopbouw gelijk aan die van de experimentele regio. Aangezien bij de start van het project niet bekend was of en hoe het evaluatietraject zou verlopen is in 1991 geen uitgebreid onderzoek uitgevoerd in de controle-regio. In dit onderzoek wordt daarom uitvoerig ingegaan op de vergelijking tussen de GP+ en de GP- gemeenten. Van een aantal gedragsaspecten is de situatie aan het begin en het eind van het project wel onderzocht.

Tabel 7.15 Samenstelling van de onderzochte groepen, gewogen op verdeling in experimentele regio

	GP+				GP-				controle			
	man		vrouw		man		vrouw		man		vrouw	
<i>1991</i>												
< 25 jaar	10%	15	9%	13	10%	37	9%	34	10%	41	10%	41
25-34 jaar	22%	33	20%	30	22%	82	20%	75	22%	89	22%	89
35-44 jaar	21%	31	21%	31	21%	79	21%	79	21%	85	21%	85
45-54 jaar	19%	28	18%	27	19%	71	18%	68	19%	77	19%	77
55-64 jaar	14%	21	15%	22	14%	53	15%	56	14%	57	14%	57
≥65 jaar	14%	21	17%	25	14%	53	17%	64	14%	57	14%	57
<i>1998</i>												
< 25 jaar	10%	24	9%	22	10%	45	9%	41	10%	39	10%	39
25-34 jaar	22%	53	20%	48	22%	99	20%	90	22%	85	22%	85
35-44 jaar	21%	50	21%	50	21%	95	21%	95	21%	81	21%	81
45-54 jaar	19%	45	18%	43	19%	86	18%	81	19%	74	19%	74
55-64 jaar	14%	33	15%	36	14%	63	15%	68	14%	54	14%	54
≥ 65 jaar	14%	33	17%	41	14%	63	17%	77	14%	54	14%	54

7.2.2 Bekendheid van het project

De bekendheid van het project is in 1998 gemeten onder inwoners in de gemeenten met een gemeentelijke projectgroep en gemeenten zonder gemeentelijke projectgroep. Tabel 7.16 geeft hier een overzicht van.

De bekendheid van het project is onder inwoners van gemeenten met een projectgroep in 1998 significant hoger (35%) dan onder inwoners van gemeenten zonder projectgroep (28%). Uit onderzoek bij een kleine groep inwoners in 1996 (n=269) bleek dat het project bij 55% van inwoners in gemeenten met projectgroep bekend was en bij 30% bij inwoners van gemeenten zonder projectgroep (De Vries en Wijckmans, 1997). De bekendheid is dus in de derde projectperiode afgenomen van ruim de helft in 1996 naar eenderde van alle inwoners in 1998.

Onder de personen die aangegeven hebben van het project gehoord te hebben bestaat geen verschil in het aantal keren dat men in de voorafgaande 12 maanden ervan heeft gehoord. De kennis over de aanleiding tot het project en de vier projectthema's is groter in de GP+ groep. Een significant hoger percentage kan 4-5 thema's en de juiste aanleiding noemen.

Tabel 7.16 Bekendheid van het project in 1996 en 1998

		1996 ¹				1998		
		GP+		GP-		GP+		GP-
<i>gehoord van het project</i>								
ja	55%	66	30%	45	35%	157	28%	244
nee	45%	54	70%	104	65%	293	72%	617
<i>X²-test², P=0,015</i>								
<i>zo ja, hoe vaak</i>								
geen een keer					20%	28	22%	149
1 - 2 keer					64%	92	56%	129
3 - 5 keer					12%	17	15%	34
meer dan 5 keer					4%	6	7%	16
<i>X²-test, P=0,442</i>								
<i>bekend met inhoud project</i>								
0-3 thema's goed					53%	84	65%	160
4-5 thema's goed					47%	73	35%	84
<i>X²-test, P=0,016</i>								
1) gegevens van 1996 overgenomen uit evaluatie 1996 (De Vries en Wijckmans, 1997)								
2) gebaseerd op gegevens 1998								

7.2.3 Begrip

In tabel 7.17 wordt de kennis van respondenten over oorzaken van hart- en vaatziekten in 1991 vergeleken met de situatie in 1998.

Er bestaat geen verschil in de GP+ groep tussen de meting in 1991 en 1998. In 1991 kon 66% drie juiste oorzaken noemen, in 1998 is dat 65%. In de gemeenten zonder projectgroep is het aantal juist genoemde oorzaken significant afgenomen. In 1991 kon 69% drie juiste oorzaken noemen in 1998 wist 60% drie juiste oorzaken te noemen.

Tabel 7.17 Kennis: noemen van oorzaken van hart- en vaatziekten

	GP+				GP-			
	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998
gemiddeld	2,3	2,3	2,4	2,1	2,3	2,4	2,3	2,1
0 - 2 goed	34%	35%	31%	40%	234	234	234	362
3 goed	66%	65%	69%	60%	518	518	518	540
<i>X²-test</i>								
GP+: 1991 - 1998, P=0,771								
GP-: 1991 - 1998, P=0,000								
1991: GP+ - GP-, P=0,348								
1998: GP+ - GP-, P=0,070								

7.2.4 Attitude

In het cross-sectioneel onderzoek wordt de attitude ook weergegeven door de mening van respondenten over twee stellingen. Ten aanzien van de eerste stelling 'het risico op hart- en vaatziekten hebben de meeste mensen grotendeels zelf in de hand' is het percentage personen dat het ermee eens is in beide groepen in 1998 groter dan in 1991. In 1991 was 67% in de GP+ groep het eens met de stelling, in 1998 79%. In de GP- groep is in 1991 en 1998 respectievelijk 71% en 81% het ermee eens. Tussen de groepen bestaat geen verschil.

Tabel 7.18 Attitude ten aanzien van twee stellingen

	GP+		GP-	
	1991	1998	1991	1998
<i>'het risico op hart- en vaatziekten hebben de meeste mensen grotendeels zelf in de hand'</i>				
eens	67%	79%	71%	81%
oneens	33%	21%	29%	19%
<i>X²-test</i> GP+: 1991 - 1998, P=0,002 GP-: 1991 - 1998, P=0,000 1991: GP+ - GP-, P=0,219 1998: GP+ - GP-, P=0,419				
<i>'al die aandacht voor hart- en vaatziekten vind ik overdreven'</i>				
eens	18%	27%	14%	25%
oneens	82%	73%	86%	75%
<i>X²-test</i> GP+: 1991 - 1998, P=0,005 GP-: 1991 - 1998, P=0,000 1991: GP+ - GP-, P=0,202 1998: GP+ - GP-, P=0,422				

De mening over de tweede stelling 'al die aandacht voor hart- en vaatziekten vind ik overdreven' is vanuit gezondheidsoogpunt in 1998 minder gunstig. In beide groepen is het aantal personen dat het eens is met deze stelling in 1998 hoger ten opzichte van 1991. In 1998 is 27% in de GP+ groep en 25% in de GP- groep het hier mee eens. In 1991 was dat 18% en 14%. Ook hier bestaan geen verschillen tussen de experimentele groepen.

7.2.5 Intentie

De intentie van respondenten om gezonder te gaan leven is, alleen in 1998, voor drie leefstijlfactoren nagevraagd. In tabel 7.19 worden de resultaten gepresenteerd. De intentie om minder vet te gaan eten is in de experimentele groepen significant meer aanwezig dan in de controlegroep. In de GP+ groep zegt 35% van plan te zijn minder vet te eten. In de GP- groep is 37% dat van plan. In de controlegroep zegt 30% minder vet te gaan eten.

Tabel 7.19 Intentie tot gezonder gedrag

	GP+		GP-		controle	
<i>is van plan minder vet te eten</i>						
ja	34%	149	37%	308	30%	227
nee	66%	284	63%	516	70%	521
<i>χ^2-test, P = 0,013</i>						
<i>is van plan meer te bewegen</i>						
ja	34%	142	28%	218		
nee	66%	280	72%	573		
<i>χ^2-test, P = 0,027</i>						
<i>is van plan te stoppen met roken</i>						
ja	43%	49	32%	81		
nee	57%	64	68%	175		
<i>χ^2-test, P = 0,003</i>						

Ten aanzien van beweging en roken is de intentie alleen in de experimentele groepen nagevraagd. In de GP+ groep zegt 34% van plan te zijn meer te bewegen of aan sport te gaan doen. In de GP- groep is dat significant minder, namelijk 28%. Ook zijn significant meer rokende respondenten in de GP+ groep van plan te stoppen met roken. In 1998 zegt in de GP+ groep 43% dit van plan te zijn. In de GP- groep geeft 32% aan van plan te zijn minder te gaan roken of te stoppen met roken.

7.2.6 Gedragsverandering

De stap na de intentie om gezonder te gaan leven is de eerste poging het gedrag daadwerkelijk te veranderen. In de evaluatie is nagegaan of men in de afgelopen 12 maanden geprobeerd heeft het gedrag ten aanzien van de onderzochte drie leefstijlen te veranderen. In tabel 7.20 wordt de gedragsverandering beschreven. Ten aanzien van voeding bestaan er geen verschillen in de situatie in 1991 en 1998 in de twee experimentele regio's. In de GP+ groep zegt zowel in 1991 als in 1998 57% een poging te hebben gedaan meer op vet in de voeding te letten. In de GP- groep is dat in 1991 60% en in 1998 59%. In de controlegroep is alleen in 1998 nagevraagd of men een poging had gedaan meer op vet te letten. In de controlegroep geeft 54% aan dat geprobeerd te hebben. De verschillen tussen de groepen in 1998 zijn niet significant.

Aan de rokers is gevraagd of ze geprobeerd hebben te stoppen met roken. In de GP+ en de GP- groep hebben in 1998 minder rokers een poging gedaan om te stoppen in vergelijking tot 1991. In 1991 zei in de GP+ groep 36% een poging te hebben gedaan en 27% in 1998. In de GP- groep is dat respectievelijk 30% en 20%. In de controlegroep is het percentage niet veranderd, namelijk 27% in 1991 en 29% in 1998.

Tot slot de poging om meer te ontspannen en rust te nemen. In de GP- groep is een significante afname gevonden van het aantal personen dat een poging hiertoe heeft gedaan. In 1991 zei 46% en in 1998 35% een poging te hebben gedaan meer

ontspanning te nemen. In de GP+ groep is een niet significante afname te zien, namelijk 37% in 1991 en 32% in 1998.

Tabel 7.20 Gedragsverandering

	GP+				GP-				controle			
	1991		1998		1991		1998		1991		1998	
<i>heeft geprobeerd meer op vet te letten</i>												
ja	57%	157	57%	258	60%	427	59%	514	-	-	54%	409
nee	43%	121	43%	196	40%	287	41%	350	-	-	46%	345
<i>X² test</i>												
GP+: 1991 - 1998, P=0,925												
GP-: 1991 - 1998, P=0,900												
1991: GP+ - GP-, P=0,339												
1998: GP+ - GP-, P=0,351												
<i>heeft geprobeerd minder te roken</i>												
ja	36%	32	27%	32	30%	76	20%	51	27%	79	29%	37
nee	64%	55	73%	89	70%	173	80%	207	73%	208	71%	89
<i>X² test</i>												
GP+: 1991 - 1998, P=0,111												
GP-: 1991 - 1998, P=0,005												
controle: 1991 - 1998, P=0,720												
1991: GP+/GP-/controle, P=0,250												
1998: GP+/GP-/controle, P=0,085												
<i>heeft geprobeerd meer te ontspannen</i>												
ja	37%	98	32%	139	46%	315	35%	283				
nee	63%	170	68%	296	54%	367	65%	530				
<i>X² test</i>												
GP+: 1991 - 1998, P=0,209												
GP-: 1991 - 1998, P=0,000												
1991: GP+ - GP-, P=0,007												
1998: GP+ - GP-, P=0,310												

7.2.7 Gedragsbehoud

De laatste stap in het model voor gedragsverandering is gedragsbehoud. Ten aanzien van voeding, beweging en roken is het gedrag in de experimentele groepen en in de controlegroep nagevraagd. In de tabellen 7.21 tot en met 7.23 worden de resultaten weergegeven.

Voeding

Het gedrag ten aanzien van voeding beperkt zich tot het letten op de samenstelling van het product en het letten op het percentage vet en de vetsoort in de voeding. Het blijkt dat er tussen de situatie in 1991 en 1998 vrijwel geen verschillen bestaan in het aantal personen dat op de samenstelling van het product let in alle drie de onderzochte groepen. Een groot verschil bestaat er in het percentage personen dat zegt op vet in de voeding te letten. In de drie groepen is het percentage toegenomen, in de GP+ groep van 57% in 1991 naar 73% in 1998. In de GP- groep is

dat van 65% gestegen naar 76% in 1998. In de controlegroep van 55% in 1991 naar 68%.

Het aantal respondenten dat zegt te letten op de vetsoort is ook in de drie onderzochte groepen toegenomen. De toename is in de GP+ groep het grootst. In 1991 zei 35% op de vetsoort te letten, in 1998 is dat 51%. In de andere twee groepen is dat in 1991 41% en 37% en 50% en 44% in 1998, in respectievelijk de GP- en de controlegroep.

Tabel 7.21 Gedrag: let op voeding

	GP+			GP-			controle		
	1991	1998		1991	1998		1991	1998	
<i>let op samenstelling product</i>									
meestal/vaak	30%	86	31%	138	32%	235	34%	291	32%
soms	34%	98	34%	153	37%	271	31%	264	33%
zelden of nooit	37%	107	35%	155	31%	230	35%	298	35%
<i>X² test</i>									
GP+: 1991 - 1998 P=0,846									
GP-: 1991 - 1998 P=0,044									
controle: 1991 - 1998 P=0,337									
1991: GP+/GP-/controle P=0,361									
1998: GP+/GP-/controle P=0,116									
<i>let op percentage vet</i>									
	57%	106	73%	216	65%	321	76%	432	55%
									-
<i>X² test</i>									
GP+: 1991 - 1998 P=0,000									
GP-: 1991 - 1998 P=0,000									
controle: 1991 - 1998 P=0,000									
1991: GP+/GP-/controle P=0,003									
1998: GP+/GP-/controle P=0,018									
<i>let op vetsoort</i>									
	35%	65	51%	151	41%	200	50%	282	37%
									-
<i>X² test</i>									
GP+: 1991 - 1998 P=0,000									
GP-: 1991 - 1998 P=0,001									
controle: 1991 - 1998 P=0,018									
1991: GP+/GP-/controle P=0,300									
1998: GP+/GP-/controle P=0,064									

Beweging

Het percentage personen dat aan sport deed was in 1991 niet verschillend in de drie onderzochte groepen. In de GP+ groep was dat 36%, in de GP- groep 40% en in de controlegroep 39%. Aan het eind van het project is dat percentage in de GP+ groep en de controlegroep gestegen. In de GP+ groep doet 43% aan sport en in de controlegroep is dat percentage gestegen naar 46%.

Tabel 7.22 Gedrag: beweging

	GP+				GP-				controle			
	1991		1998		1991		1998		1991		1998	
<i>doet aan sport</i>												
ja	36%	103	43%	190	40%	292	38%	301	39%	305	46%	342
nee	64%	183	57%	272	60%	434	62%	500	61%	483	54%	408
<i>χ^2 test</i>												
GP+: 1991 - 1998	$P=0,050$											
GP-: 1991 - 1998	$P=0,290$											
controle: 1991 - 1998	$P=0,002$											
1991: GP+ - GP-	$P=0,714$											
1998: GP+ - GP-	$P=0,001$											

Tabel 7.23 Gedrag: roken

	GP+				GP-				controle			
	1991		1998		1991		1998		1991		1998	
<i>rookt</i>												
ja	32%	95	27%	124	35%	257	29%	258	37%	299	32%	241
nee, vroeger	27%	81	36%	167	30%	218	40%	356	63%	506	68%	514
nee, nooit gerookt	40%	119	37%	170	36%	265	30%	266				
<i>χ^2 test</i>												
GP+: 1991 - 1998	$P=0,038$											
GP-: 1991 - 1998	$P=0,000$											
controle: 1991 - 1998	$P=0,035$											
1991: GP+/GP-/controle	$P=0,282$											
1998: GP+/GP-/controle	$P=0,167$											

1) bij vergelijking groepen variabele gedichotomiseerd, naar wel en niet roken

Roken

Het percentage respondenten dat rookt is in alle drie onderzochte groepen met gemiddeld 5% afgenomen. In 1991 rookte in de GP+ groep 32%, in de GP- groep 35% en in de controlegroep 37%. Na het project is het percentage rokers in de GP+ groep 27%, in de GP- groep 29% en in de controlegroep 32%. De afname van het percentage rokers is in de drie groepen significant. Er bestaan geen significante verschillen in het percentage rokers tussen de groepen afzonderlijk.

7.2.8 Berekening effectiviteit van het project

Ook voor het cross-sectioneel onderzoek is door het samenvoegen van de stappen uit het model voor gedragsverandering via voorlichting de effectiviteit van het project berekend. In paragraaf 4.2.9 is de gehanteerde werkwijze al beschreven. Bij het cross-sectioneel onderzoek zijn van minder stappen uit het model gegevens bekend van 1991 en 1998. Hiervoor is de effectberekening uitgevoerd op basis van begrip, attitude, gedragsverandering en gedrag. In tabel 7.24 wordt de effectmaat

afzonderlijk voor de vier leefstijlfactoren, voeding, beweging, roken en stress weergegeven. Voor de factor stress is geen maat beschikbaar voor gedrag. De effectmaat voor het preventieproject omvat daarom alleen de daarvoor liggende stappen.

Tabel 7.24 Effectberekening op basis van de stappen uit het model van Kok, cross-sectioneel

	1991	1998	Verandering 1991 - 1998	Mann-Whitney rangtekentoets
<i>voeding</i>				
GP+	2,09	2,22	0,13	P=0,06
GP-	2,25	2,27	0,02	P=0,37
<i>beweging</i>				
GP+	1,86	1,61	-0,25	P=0,01
GP-	2,06	1,55	-0,51	P=0,00
<i>roken</i>				
GP+	1,57	1,63	0,06	P=0,37
GP-	1,57	1,59	0,02	P=0,99
<i>stress</i>				
GP+	1,31	1,26	-0,05	P=0,21
GP-	1,50	1,34	-0,16	P=0,02

Uit de tabel blijkt dat in Zuidoost-Drenthe ten aanzien van voeding en, in mindere mate, ten aanzien van roken een hogere score op de schaal in 1998 is gevonden in de GP+ groep. In de GP- groep is er alleen een kleine toename te zien ten aanzien van voeding en roken in 1998. De netto effectiviteit kan worden berekend door de veranderingen in de GP- groep te beschouwen als achtergrondwaarde. Dan blijkt dat ten aanzien van alle vier leefstijlfactoren er een gunstiger ontwikkeling te zien is in de gemeenten met projectgroep. Ten opzichte van de startsituatie in 1991 is er een netto toename op de stappen uit het model wat betreft voeding, beweging, roken en stress.

7.3 Conclusie en discussie effectevaluatie

Het effectonderzoek naar de verandering van kennis, houding en gedrag bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe en de controle regio levert een aantal interessante gegevens op. Hieronder worden de conclusies voor het longitudinaal en het cross-sectioneel onderzoek kort samengevat en besproken.

7.3.1 Algemeen

Bij het evalueren van grootschalige voorlichtingsprogramma's gericht op gedragsverandering spelen veel factoren een rol die het proces van gedragsverandering beïnvloeden. Deze factoren zijn niet allemaal bekend, laat

staan te controleren. Individuele verschillen in bereidheid tot het veranderen van gedrag, de sociale omgeving, invloed van familie, vrienden en collega's, invloed van andere landelijke, regionale of plaatselijke campagnes en landelijke trends in gezondheidsgedrag spelen een rol. Om dit zo veel mogelijk te controleren werd een quasi-experimenteel onderzoek opgezet met voor- en nameting bij een experimentele groep en controlegroep. Het onderzoek bestond uit een longitudinaal en een cross-sectioneel deel. Omdat bij de start van het project niet bekend was of en in welke gemeenten projectgroepen zouden worden opgericht is de indeling in gemeenten met en gemeenten zonder projectgroep pas achteraf gemaakt. De verdeling van het aantal geënquêteerden is daardoor niet gelijk over de twee groepen. In het longitudinaal onderzoek is dit de reden dat het aantal personen in de GP+ groep kleiner is dan in beide andere groepen. Het longitudinaal onderzoek is uitgevoerd onder inwoners van Zuidoost-Drenthe. Later, bij de tweede meting, is een controlegroep bestaande uit inwoners van de buurregio Zuidwest-Drenthe samengesteld. Hierdoor zijn de resultaten alleen van 1993, 1996 en 1998 te gebruiken. De inwoners van Zuidoost-Drenthe hebben dus een keer vaker een vragenlijst ingevuld. Aangezien de meting in 1991 onder de noemer van de Gezondheidsenquête werd gehouden en deze al enige jaren geleden is uitgevoerd, mag verondersteld worden dat het invullen hiervan niet van grote invloed is op de verschillen in verandering tussen experimentele groep en controlegroep bij de latere metingen. Bij de vergelijking tussen inwoners van gemeenten met en zonder projectgroep in de experimentele regio is de uitgangssituatie gelijk. De veranderingen in deze groepen kunnen goed met elkaar vergeleken worden.

In het cross-sectioneel onderzoek is alleen aan het begin en het eind van het project een uitgebreid onderzoek gedaan. In 1996 is een onderzoek uitgevoerd, echter op kleine schaal. Tevens speelt hier een ander probleem, namelijk dat van een goede controle groep. Vanwege de financiële situatie heeft aanvankelijk geen volledig onderzoek in 1991 plaatsgevonden. Veranderingen kunnen dus ook alleen voor de in dat jaar onderzochte gegevens worden nagegaan.

7.3.2 Bekendheid van het project

Het project heeft een grote naamsbekendheid in Zuidoost-Drenthe genoten. Uit de effectonderzoeken kan worden geconcludeerd dat vooral in de eerste en tweede periode de bekendheid groot is geweest en snel is toegenomen. Niet alleen hebben veel inwoners van de regio van het project gehoord, zij zijn ook beter bekend met de inhoud van het project. Bovendien blijkt zowel uit het longitudinaal als het cross-sectioneel onderzoek dat er een betere bekendheid is bij inwoners van gemeenten met een gemeentelijke projectgroep. De grote toename van de bekendheid van het project onder deelnemers van het longitudinaal onderzoek wordt natuurlijk verklaard door het feit dat men al vier keer een vragenlijst over het project heeft ontvangen en heeft ingevuld. Echter het feit dat de toename bij

personen in gemeenten met een projectgroep groter is kan worden toegeschreven aan het project zelf.

Uit het cross-sectioneel onderzoek blijkt dat in de laatste periode de naamsbekendheid is afgenomen van 55% in 1996 tot 35% in 1998 bij de inwoners van gemeenten met een projectgroep. Tevens blijkt uit het longitudinaal onderzoek dat de toename van de bekendheid in de derde periode niet groot is geweest. Dit kan worden verklaard door verandering in het aantal uitgevoerde activiteiten. In de eerste projectperiode werden activiteiten door het GGD-projectteam uitgevoerd gericht op de hele regio. In de loop van de eerste en de tweede periode werden veel activiteiten uitgevoerd door de gemeentelijke projectgroepen. In de derde periode werden minder activiteiten opgezet en uitgevoerd. Het aantal uitgevoerde activiteiten heeft direct invloed gehad op de bekendheid van het project.

Een vergelijking maken met de bekendheid van andere projecten in Nederland is moeilijk aangezien in deze onderzoeken een andere meetmethode, namelijk het telefonisch interview, wordt gebruikt. Over het algemeen blijkt dat community-projecten een goede bekendheid genieten. De bekendheid van het project 'Let op vet Alkmaar' was 51%. Men kende deze campagne vooral via massamediale activiteiten, namelijk via tijdschriften, kranten, reclamefolders en via folders en brochures (Hardeman e.a., 1993). Een ander community-project, 'Gezond Bergeyk', was bekend bij 84% van de respondenten, 41% kon zelf de naam van het project noemen en 43% kon dat niet, maar herkende de naam nadat de interviewer deze had genoemd (Van Assema, 1993). De bekendheid van 'Hartentroef' bedroeg na toelichting in een telefonisch interview 19% (Van der Knaap, 1993). In vergelijking met deze resultaten kan de bekendheid van het project in Zuidoost-Drenthe goed genoemd worden.

7.3.3 Stappen tot gedragsverandering

Gedurende de uitvoering van het preventieproject zullen, naast de invloed van de projectactiviteiten zelf, een aantal externe factoren van invloed zijn geweest op veranderingen in kennis, houding en gedrag. Zo zal de invloed van landelijke campagnes bijvoorbeeld massamediale campagnes gericht op stoppen met roken, 55+ in beweging, de landelijke Let op Vet campagne, en dergelijke, ook invloed hebben gehad op de drie groepen in het evaluatieonderzoek. Dit verklaart waarschijnlijk enkele gunstige ontwikkelingen in aandacht voor hart- en vaatziekten en kennis, houding en gedrag ten aanzien van de leefstijlthema's die in alle drie de groepen voorkomen. De invloed van het preventieproject is dan niet sterk genoeg om 'boven' de invloed van landelijke trends uit te komen.

In de eerste evaluatie werd een toename van de kennis over leefstijlfactoren gevonden. Uit de latere metingen bij het cross-sectioneel onderzoek over 1993 tot en met 1998 blijkt dat alleen ten aanzien van de totale kennisscore er een

significante toename is in de GP+ groep. De toename is het sterkst geweest in de eerste projectperiode. In de andere groepen is er geen kennistoename gemeten. Uit het cross-sectioneel onderzoek blijkt een afname van de kennis op te treden in GP-groep over de hele projectperiode. Dat de kennistoename het grootst is geweest in de eerste periode komt waarschijnlijk doordat in de eerste jaren meer activiteiten zijn opgezet en uitgevoerd. Tevens werd in het begin van het project binnen de activiteiten de nadruk gelegd op de eerste stappen tot gedragsverandering, waaronder kennis. Later werd de nadruk meer gelegd op verandering van gedrag en het aandragen van mogelijkheden tot gezond gedrag.

De attitude is gemeten aan de hand van een aantal stellingen. In de resultaten zijn gegevens van twee stellingen beschreven. Deze stellingen geven een indicatie van de inschatting van de eigen effectiviteit ten opzichte van het risico op hart- en vaatziekten en hoe personen aankijken tegen preventieprogramma's.

Uit het cross-sectioneel onderzoek blijkt dat in beide experimentele groepen een verbetering is opgetreden ten aanzien van de eerste stelling; meer personen vinden dat ze zelf meer kunnen doen aan het voorkomen van hart- en vaatziekten. Uit het longitudinaal onderzoek blijkt deze verbetering ook. Echter deze komt voor bij alle drie groepen, ook bij de controle groep. In de eerste en tweede evaluatie werd een verbetering gevonden van de attitude met name bij inwoners van gemeenten met een projectgroep. In het laatste onderzoek (alleen onder personen die alle metingen hebben meegedaan) blijkt dat er alleen gedurende de periode 1991 – 1993 een verbetering heeft plaatsgevonden.

De mening van respondenten over de aandacht voor hart- en vaatziekten is in de loop van het project gewijzigd. Uit de laatste meting blijkt dat men minder gecharmeerd is van aandacht voor het voorkomen van hart- en vaatziekten. Zowel uit het cross-sectioneel als het cross-sectioneel onderzoek blijkt dat een hoger percentage die mate van aandacht overdreven vindt. In de eerdere meting werd gevonden dat met name in gemeenten met een projectgroep men hier minder vaak negatief tegenover stond. Misschien heeft hier de vermindering van het aantal activiteiten in de latere periodes van het project geleid tot een andere mening over het nut van preventie.

Intentie is volgens het ASE-model de belangrijkste voorspeller voor verandering van gezondheidsgedrag. De intentie is op eenvoudige wijze nagegaan. Van de vier leefstijlfactoren is gevraagd of men de eigen leefstijl wil veranderen. Uit het longitudinaal onderzoek blijkt dat alleen in de controle regio een significante verbetering is opgetreden ten aanzien van de intentie meer ontspanning te nemen. In de overige groepen bestaan geen verschillen over de hele periode. Uit het cross-sectioneel onderzoek blijkt dat ten aanzien van de intentie om minder vet te eten de situatie in de experimentele groepen gunstiger is in vergelijking tot de controlegroep. Vergelijking tussen gemeenten met en gemeenten zonder een lokale groep laat zien dat ten aanzien van de intentie minder vet te eten, meer te bewegen en te stoppen met roken de situatie in de gemeenten met lokale groep gunstiger is.

In eerdere evaluaties (1993 en 1996) was al aangetoond dat de intentie om gezonder te leven over het algemeen afnam in de onderzochte groepen. Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen zijn dat een groot deel van de mensen al geprobeerd had en geslaagd bleek te zijn minder vet te eten, meer te bewegen en meer te ontspannen.

Het doel van het project is de promotie van een gezonde leefstijl. Ten aanzien van de vier leefstijlthema's van het project zijn de veranderingen nagegaan. Het voedingsgedrag is beschreven aan de hand van het letten op de samenstelling van de voeding, de hoeveelheid vet in de voeding en het soort vet in de voeding, de onderwerpen die ook in de voorlichtingsactiviteiten benadrukt zijn. In alle groepen is een verbetering opgetreden in het voedingsgedrag. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat gelijktijdig met het project in Zuidoost-Drenthe er ook een landelijke campagne gericht op voeding is uitgevoerd. Daarnaast kunnen regionale activiteiten in de controle regio van invloed zijn geweest. Tevens zijn er natuurlijk veel andere informatiebronnen die kunnen bijdragen aan de beïnvloeding van personen. Onder andere via tijdschriften, radio en tv-programma's is er een continue informatiestroom welke invloed zal hebben op het gedrag van de bevolking. De snelle toename van gezond gedrag in de gemeenten zonder projectgroep zou veroorzaakt kunnen zijn vanwege het goede uitgangspunt (al veel personen letten op voeding bij de start van het project), maar ook vanwege het feit dat in de beginperiode van het project de GGD zelf veel voedingsactiviteiten heeft opgezet en uitgevoerd die gericht waren op de gehele regio, dus ook op de gemeenten waar geen projectgroep is gestart. Uit het cross-sectioneel onderzoek blijkt dat gedurende het project het percentage personen dat let op de hoeveelheid en het soort vet in de voeding het meest is toegenomen in de experimentele regio. De toename in de controle regio is minder groot. Gedurende het project zijn meer personen in Zuidoost-Drenthe aan sport gaan doen. De toename vond met name plaats in de eerste perioden van het project. De toename heeft zich zowel in gemeenten zonder als gemeenten met projectgroep voorgedaan. Opvallend is het dat vooral de intensiteit van sport meer verhoogd is in gemeenten met een projectgroep. Ook in het cross-sectioneel onderzoek wordt een toename van het aantal personen dat sport gevonden. Echter, hier is het aantal sporters ook in de controle regio toegenomen. Het aantal rokers is in de loop van het project afgenomen. Dit blijkt zowel uit het cross-sectioneel als het longitudinaal onderzoek. De afname van het aantal rokers was in de eerste en tweede projectperiode het grootst. In het cross-sectioneel onderzoek is in de experimentele regio in 1998 het laagste percentage gemeten. Opvallend is het dat in de laatste periode van het project, volgens het longitudinale onderzoek, het aantal rokers in gemeenten met een projectgroep weer is toegenomen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de gemeentelijke projectgroepen zich de laatste jaren niet meer in dezelfde mate met roken hebben beziggehouden, maar meer activiteiten hebben uitgevoerd gericht op voeding en beweging. Ten aanzien van stress is geen onderzoek naar gedrag uitgevoerd, aangezien hier geen

eenvoudige operationalisering, geschikt voor vragenlijstonderzoek, voorhanden was.

7.3.4 Berekening effectmaat preventieproject

De veranderingen die zijn opgetreden bij de bevolking zijn volgens de afzonderlijke fasen van het model voor gedragsverandering via voorlichting van Kok bekeken. Door de veranderingen die zijn opgetreden op de afzonderlijke stappen uit het in het project gehanteerde model samen te nemen wordt de invloed van het project in één maat uitgedrukt. Dit levert een beeld op van de situatie waarin de gemiddelde bevolking verkeert op het traject dat leidt tot het gewenste gedrag.

Uit het longitudinaal onderzoek blijken er dan in de eerste jaren van het project gunstige effecten te bestaan. Ten aanzien van de stappen uit het model van gedragsverandering blijkt dat wat betreft voeding, beweging en roken er een gunstiger resultaat is geboekt in de gemeenten met projectgroep. Ten aanzien van stress bestaat er een effect in de tweede helft van het project.

De berekende effectmaten voor de vier leefstijlen zijn bij het cross-sectioneel onderzoek alleen mogelijk voor de twee condities in de experimentele regio. Op deze wijze wordt het resultaat van de gemeentelijke projectgroep zichtbaar. Het blijkt dat ten aanzien van voeding in beide groepen winst is geboekt. De vooruitgang is in de gemeenten met een gemeentelijke projectgroep groter. Ten aanzien van beweging en roken is er sprake van een achteruitgang. Deze achteruitgang is echter minder groot in de gemeenten met een projectgroep. In gemeenten met een projectgroep is de berekende score op de risicofactor stress niet veranderd; in de gemeenten zonder projectgroep is er sprake van een achteruitgang.

7.3.5 Algemene opmerkingen bij de effectevaluatie

Het onderzoek is uitgevoerd met op leeftijd en geslacht gestandaardiseerde gegevens. Aan specifieke doelgroepen is in deze beschrijving geen aandacht gegeven. In een vervolganalyse zou kunnen worden nagegaan bij welke subgroepen en in welke mate effecten door preventieproject zijn opgetreden. Zo worden specifieke groepen zichtbaar die met deze methode van voorlichting beter bereikt worden. In het huidige onderzoek is naar veranderingen gekeken die zich binnen de hele doelgroep hebben voorgedaan.

Werkwijze, keuze model voor gedragsverandering

Het is natuurlijk niet te verwachten dat na acht jaar interventie de prevalentie van hart- en vaatziekten (meetbaar) is afgenomen. Pas na langere tijd zullen mogelijke

effecten van preventie op de sterfte en ziekte duidelijk kunnen worden. Het verloop van de prevalentie van hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe en de controleregio zal in de komende jaren moeten worden gevolgd. In het nu uitgevoerde evaluatieonderzoek is daarom een aantal intermediaire effectmaten bekeken. De basis van het effectonderzoek vormen de stappen uit het model voor gedragsverandering via voorlichting van Kok (1987). In het evaluatieonderzoek zijn consequent deze fasen uit dit model wat betreft de vier gedragsfactoren voeding, beweging, roken en stress nagegaan. Het model is niet het meest recente model dat probeert gedrag te verklaren. Een belangrijk onderdeel, namelijk persoonlijke effectiviteit, is er niet in opgenomen. Om een aantal redenen is toch gekozen voor dit model van Kok. Ten eerste zou het project in eerste opzet drie jaar gaan duren. Er werd verwacht dat na een korte periode alleen veranderingen zouden optreden op het vlak van aandacht en begrip en geen gedragsveranderingen; een complexer model was niet noodzakelijk. Als tweede geldt dat persoonlijke effectiviteit in vragenlijsten lastig te onderzoeken is. Dit vergt een uitgebreide(re) set vragen en is daarom niet eenvoudig te operationaliseren. Verder is het model van Kok gemakkelijk toe te passen.

Veranderingen van leefstijl

Opvallend in het effectonderzoek zijn de verschillen in de resultaten tussen de projectperioden. Uit de evaluatieonderzoeken in 1993, 1996 en 1998 komt naar voren dat het project op korte termijn (na twee tot vijf jaar) duidelijk zichtbare resultaten heeft geboekt in de experimentele regio en vooral in gemeenten met een gemeentelijke projectgroep. De gunstige resultaten nemen echter af op de langere termijn en de verschillen tussen de drie experimentele groepen worden kleiner. Voor dit verschil in effectiviteit tussen de eerdere en de latere perioden is een aantal mogelijke verklaringen aan te dragen.

- Voor een belangrijk deel zijn verschillen tussen de perioden van het project te verklaren door de activiteiten die zijn uitgevoerd door de gemeentelijke projectgroepen. Uit het activiteitenoverzicht is duidelijk gebleken dat de meeste activiteiten uitgevoerd werden in de eerste en vooral de tweede projectperiode. Redenen voor de afname van het aantal activiteiten en de werkzaamheden van de gemeentelijke projectgroepen zijn al eerder bediscussieerd.
- In de derde projectperiode was een aantal projectgroepen niet meer actief en had het werk beëindigd. In enkele gemeenten die werden gerekend tot gemeenten met projectgroep is daarom in feite geen interventie geweest in de derde periode.
- Een ander belangrijk punt is de onderbreking en steeds gewijzigde uitvoering van het project. Vanwege de subsidiëring is het project in drie duidelijk afzonderlijke delen uitgevoerd. Dit had consequenties voor de projectgroepen, de personele ondersteuning en de boodschap en voorlichting die werd verspreid. In de eerste projectperiode stond de algemene boodschap, veelal door de GGD verspreid, centraal. In de tweede periode werd de boodschap

verspreid door de gemeentelijke projectgroepen en was alleen gericht op de gemeenten met projectgroep. In de derde periode was de aandacht vooral op de afronding van het project gericht en op de mogelijke implementatie van de ontstane structuren.

- Het is mogelijk dat vanwege de duur van het project de aandacht van de lokale bevolking en participanten afnam. Met andere woorden na verloop van tijd is het 'nieuwe' er vanaf. Gedurende het project zijn min of meer dezelfde activiteiten opgezet en uitgevoerd. Een project zal daarom moeten blijven zoeken naar nieuwe invalshoeken en een mogelijke nieuwe aanpak van het probleem.
- Tot slot is de invloed van landelijke trends en andere voorlichtingscampagnes van belang bij het meten van verschillen tussen inwoners van de experimentele groepen in de regio en de controleregio. Landelijke trends en campagnes beïnvloeden ook het gedrag en de kennis en houding van inwoners die niet blootgesteld zijn aan het lokale project. Ook diffusie van het lokale project via media en andere wijze is mogelijk. Dit geldt voor zowel de inwoners van de gemeenten met projectgroep en gemeenten zonder projectgroep. Op den duur zou vanwege een gering onderscheidend vermogen van het evaluatieonderzoek de extra invloed van het project, zeker als het aantal activiteiten afneemt, niet meer aangetoond kunnen worden.

7.4 Slot

Algemeen kan worden geconcludeerd dat het project erin geslaagd is veranderingen te bewerkstelligen in de stappen die leiden tot verandering van gedrag ten aanzien van de thema's van het project. Ten opzichte van inwoners van gemeenten zonder projectgroep en de controleregio zijn deze veranderingen vanuit het perspectief van gezondheid gunstig. Het project is in de eerste en tweede projectperiode het meest effectief geweest. Het project heeft bijgedragen aan de vermindering van de relatieve achterstand in de regio Zuidoost-Drenthe wat betreft gezondheid. Het project is positief ontvangen in de regio door gemeenten, inwoners en andere lokale organisaties. De naamsbekendheid was groot. De bereidheid van gemeenten en andere deel te nemen aan het project en zich in te zetten voor de oprichting van gemeentelijke projectgroepen was in de meeste gemeenten aanwezig. Op de langere termijn verdwijnen de gunstige resultaten en is de ontwikkeling in de experimentele groep gelijk aan die in de controlegroep.

8 Beschouwing

Uit onderzoek van de GGD Zuidoost-Drenthe is gebleken dat in de regio Zuidoost-Drenthe de prevalentie van hart- en vaatziekten relatief hoog is in vergelijking met Nederland. In lijn met deze bevinding was het resultaat van onderzoek naar leefgewoonten van de inwoners in de regio. Wat betreft bepaalde risicofactoren bestond een minder 'gezonde' situatie ten opzicht van gemiddelden in Nederland. Dit is aanleiding geweest voor de GGD om een interventie op te zetten gericht op de verbetering van de leefstijl. Vanwege de hoge verwachtingen van de community-based aanpak is het community-based preventieproject getiteld 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' opgezet. Aangezien in Nederland nog niet veel ervaring met deze methode was opgedaan is een uitgebreide evaluatie uitgevoerd. In dit proefschrift wordt verslag gedaan van de ervaringen omtrent de uitvoering en de resultaten van de interventie. De praktijkervaring met het project, de haken en ogen bij de opzet en uitvoering ervan en de gevonden meetbare resultaten zijn beschreven. In dit hoofdstuk worden de bevindingen nader besproken tegen de achtergrond van de ontwikkeling van de collectieve preventie en gezondheidsbevordering in Nederland en in relatie tot ervaringen van andere onderzoeken in binnen en buitenland. Getracht is antwoord te geven op de hoofdvraag van het onderzoek, namelijk "is de community-based interventiemethode een effectieve methode voor preventie van hart- en vaatziekten en zo ja, op welke wijze kan deze het meest doelmatig uitgevoerd worden?". Tevens kunnen op basis van deze studie suggesties worden aangereikt voor verbetering van dergelijk evaluatieonderzoek.

Dit hoofdstuk is verdeeld in vijf paragrafen waarin op de verschillende aspecten van de studie wordt ingegaan. In paragraaf 8.1 wordt stilgestaan bij de ervaringen met de uitvoering van het project op basis van de verkregen kennis uit de procesevaluatie. Goede en minder goede, belemmerende en stimulerende factoren van de uitvoering van community-projecten in de lokale praktijk worden benoemd. In paragraaf 8.2 gaat de aandacht uit naar de effecten van het project op de kennis, houding en gedrag van de bevolking die gedurende acht jaar zijn bereikt, er wordt stilgestaan bij verklaringen voor de bevindingen uit het evaluatieonderzoek en de betekenis ervan voor de gezondheidsbevordering. Paragraaf 8.3 gaat in op het evalueren van community-based interventies. De wijze waarop resultaten van lokaal uitgevoerde community-based interventieprogramma's het best inzichtelijk gemaakt kunnen worden wordt besproken. In paragraaf 8.4 worden op basis van de beschreven ervaringen de implicaties en mogelijkheden van toepassing van de community-based interventie in de Nederlandse praktijk aangegeven. Tot slot worden in paragraaf 8.5 de belangrijkste bevindingen samengevat.

8.1 Procesevaluatie: ervaring met de uitvoering van het project

Er ligt een lange tijd tussen het opstellen van de eerste plannen voor het lokale community-based project in Zuidoost-Drenthe en het gereedkomen van dit proefschrift. Al aan het eind van de jaren tachtig is nagedacht over de aanpak van het uit gezondheidsoogpunt belangrijke probleem, namelijk de hoge prevalentie van hart- en vaatziekten in de regio Zuidoost-Drenthe. De belangrijkste directe aanleiding was het onderzoek van de GGD naar sterfte in de regio (De Vos, 1991). Tot dan toe was er weinig onderzoek gedaan en bestond er vrijwel geen, op epidemiologisch onderzoek gebaseerde, informatie over de gezondheidstoestand in de regio. De studie in Zuidoost-Drenthe, en als gevolg daarvan het preventieproject 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!', kan worden gezien als concreet resultaat van de inwerkingtreding van de Wet Collectieve Preventie en Volksgezondheid (Wcpv) en de stimuleringsregeling epidemiologie. Ook de nieuwe financieringswijze van de GGD was een factor die bijdroeg aan het kiezen van een dergelijke aanpak; de GGD werd meer gedwongen om zichtbaar te zijn. De tweede belangrijke aanleiding tot het community-based project had een andere oorsprong. De GGD heeft getracht het probleem op een moderne wijze aan te pakken. Dit kwam deels voort vanuit de professionaliteit van de betrokken medewerkers, maar ook zeker vanwege de systematiek van financiering en subsidiëring van projecten. Aangezien 'vernieuwende' projecten meer kans maken op financiering is gezocht naar een preventiemethode die gemakkelijk voor externe financiering in aanmerking zou komen. Aangezien eind jaren tachtig over het algemeen positief gedacht werd over de community-based preventie is hiervoor gekozen, ook al waren er weinig goede uitvoeringsvoorbeelden voorhanden.

8.1.1 Project zonder eensluitend voorbeeld

'Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!' is een van de eerste grote community-based interventies in Nederland geweest. In Drenthe had de GGD tot dan toe weinig ervaring met het opzetten van een dergelijk groot project, waarbij relatief veel extra financiële middelen aangewend konden worden, met veel partijen werd samengewerkt en op een andere en 'moderne' wijze gezondheidsbevordering werd uitgevoerd. Voor de opzet en aanpak is gekeken naar de toen bekende buitenlandse projecten. Een belangrijk voorbeeld is het Engelse project 'Heart Beat Wales' (Smail en Parish, 1989) geweest. Daarnaast hebben andere grote projecten als het North Karelia project in Finland, en daarop volgende eerste Amerikaanse community-based projecten als voorbeeld gediend. Pas in 1993, toen het project al een tijd uitgevoerd werd, was een gedocumenteerd voorbeeld beschikbaar van een project in Nederland, het project Gezond Bergeyk (Assema, 1993). Dit project verschilde op een aantal wezenlijke punten van het project in Drenthe, maar kende in ieder geval de belangrijkste kenmerken van community-based interventie, te weten: participatie, interventiemix en intersectorale benadering. Het project in

Drenthe is een tweede generatie community-based project; het stoelt sterk op de sociale leertheorie aangevuld met aspecten van participatie en community aanpak (Maclean, 1994).

De medewerkers van de GGD zijn enthousiast aan het project begonnen. Het project had aanvankelijk een duur van tweeënhalf jaar. Maar al snel werd duidelijk dat dit een te korte periode was om voldoende ervaring op te doen met de nieuwe interventiemethodiek, voldoende maatschappelijk draagvlak te verwerven en voldoende effecten te behalen. De duur van het project is uiteindelijk acht jaar geworden. Gedurende de uitvoering van het project groeide de ervaring en deskundigheid van de medewerkers. Tevens werd duidelijk dat het project nationale en internationale uitstraling had. Hieronder wordt ingegaan op enkele belangrijke ervaringen met het project.

Vorbereidingstijd, fasering en duur van het project

Vanwege het feit dat er geen 'good practice' voorbeelden waren is de opzet van het project enkele malen bijgesteld. Tot twee keer toe is het project verlengd qua duur en werden 'nieuwe' kenmerken van community-based initiatieven aan de plannen toegevoegd. Zo was de derde projectperiode in hoofdzaak gericht op het implementeren van de community-based structuren en heeft het project kenmerken van de derde generatie community-based interventies gekregen.

De reden voor de eerste verlenging was het feit dat de community-structuren en daarmee participatie pas laat in de eerste fase tot stand zijn gekomen. In de praktijk bleek het veel meer tijd te kosten om voldoende participatie te verkrijgen. Recente literatuur over community projecten onderschrijft dat het lange tijd kost voordat een voldoende mate van participatie bereikt is (Roncker, 2001; Haes, 2002).

Berkowitz (Berkowitz, 2001) vraagt zich zelfs af of de lange tijd en inspanning die gemoeid is met het bereiken van samenwerking en participatie opweegt tegen het uiteindelijk te behalen resultaat. Voor participatie moet een goede relatie worden opgebouwd en vervolgens moeten verantwoordelijkheden evenwichtig onder de partners verdeeld worden. (Green, 2001). Zeker bij een brede community-aanpak spelen veel partners een rol. Enkele auteurs stellen dat een interventie tenminste 5 jaar moet duren; in een kortere periode lukt het niet om de community te mobiliseren (Mittlemark, 1993; Sorensen e.a., 1998).

De betrokkenen bij het project in Zuidoost-Drenthe zijn van mening dat het project te lang heeft geduurd. Toch geven dezelfde betrokkenen ook aan dat de bevordering van een gezonde leefstijl belangrijk is. Hier bestaat dus een belangrijke discrepantie in beleving tussen participanten en de gezondheidsbevorderaar. Indien de periode die nodig is om tot een goede participatiestructuur te komen en om veranderingen te bewerkstelligen te lang is, wordt de kans dat participanten afhaken groot. Tijdens een project zal steeds nagedacht moeten worden over een verandering of aanpassing van de werkwijze of benadering om voldoende deelname van de community over een langere periode te bewerkstelligen.

De Wcpv bepaalt dat de gemeenteraad verantwoordelijk is voor collectieve preventie. Hiermee is de uitvoering van preventie onlosmakelijk verbonden met politieke standpunten en keuzes. Zeker bij community projecten is een politiek draagvlak van groot belang, onder andere vanwege de continuïteit van het project en de inbedding van de activiteiten in de samenleving. Uit het onderzoek van Van Dijk (2001) blijkt dat er niet alleen een rol is voor de politiek, maar dat de samenstelling van de gemeenteraad mede bepalend is voor de wijze waarop een gemeente vorm geeft aan gemeentelijk (preventief) gezondheidsbeleid. Politieke betrokkenheid kan van belang zijn bij onder andere het uitoefenen van druk op het gemeentelijke apparaat of de bereidheid tot deelname van andere organisaties aan een community-project. Recente literatuur over effectiviteit van community-based projecten onderkent dat de invloed van de politiek beter benut moet worden (Sorensen e.a., 1998; Voorham, 2002). Tevens zou beter gebruik gemaakt kunnen worden van de wettelijke mogelijkheden (Ebrahim, 1997).

Het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' heeft te weinig actief ingespeeld op deze aspecten. Het project heeft in de jaren dat het werd uitgevoerd weinig contact gehad met vertegenwoordigers van de gemeentelijke politiek. Opvallend is echter, dat in de gemeente waar, via leden van de projectgroep, wel politieke betrokkenheid bestond, uiteindelijk de activiteiten van het project zijn overgedragen aan een door de gemeente gesubsidieerde stichting. Politieke en gemeentelijke betrokkenheid lijken vooral van belang bij het zorgdragen voor continuïteit en implementatie van de activiteiten. Essentiële punten hierbij zijn de intersectorale benadering en het voldoen aan structurele randvoorwaarden. Een community project moet daarentegen niet te afhankelijk zijn van keuzes van de politiek of gemeente. Een voorbeeld hiervan is de invloed van de gemeentelijke herindeling in Zuidoost-Drenthe. In vrijwel alle gemeenten kwamen, vanwege de voorgenomen gemeentelijke herindeling, de ontwikkelingen ruim een jaar stil te liggen. De betrokken personen en organisaties waren in afwachting van beleidskeuzes van de nieuwe gemeenten wat betreft financiële ondersteuning, draagvlak en toekomstperspectief. Projectgroepleden hebben aangegeven dat zij om deze reden de activiteiten hebben gestaakt. Enkele projectgroepen hebben de werkzaamheden, nadat uiteindelijk bekend was hoe de gemeenten verder zouden gaan in Drenthe, ook niet meer opgepakt. Hoe de resultaten van het project zouden zijn geweest zonder het gemeentelijke herindelingsproces is niet vast te stellen.

Sturend of volgend

Het uitgangspunt van community-based interventie is de betrokkenheid van de gemeenschap (de bevolking en sectoren in de samenleving) bij de totstandkoming van de interventie waarmee het gezondheidsprobleem wordt aangepakt. Bij de uitvoering van het project kan een spanningsveld ontstaan. Aan de ene kant kent een community-based project volgens de theorie de 'bottom up' benadering en

wordt er zo veel en zo goed mogelijk ingespeeld op de wensen en ideeën van de doelgroep, bewoners, professionals en andere belanghebbenden, ook wat betreft planning en uitvoering. Uitgangspunt is dat niet alleen de gezondheidszorgprofessional de agenda bepaalt. Aan de andere kant geldt ook het principe van de 'top down' benadering. Het is in het belang van de gemeente en professionals in de openbare gezondheidszorg dat de 'juiste' actie wordt ondernomen; men wil in bepaalde mate kunnen sturen en een vinger aan de pols houden. Een te strakke aansturing leidt vaak tot verlies van enthousiasme; participanten krijgen dan het idee dat eigen ideeën blijkbaar onvoldoende bijdragen. Het ontbreken van elke sturing zal ook onvoldoende resultaat opleveren. In de praktijk ontstaat er vaak een combinatie van bottom-up en top-down strategie. In een goede dialoog tussen de gezondheidsprofessional en de vanuit de community betrokkenen/participanten zal de richting moeten worden bepaald. Van belang hierbij is de doelstelling van de interventie of de onderdelen van de interventie. Bij activiteiten waarbij inbreng van de community essentieel is, zal de nadruk meer liggen op de bottom-up aanpak. Dit vereist van de gezondheidsprofessional verstandig manoeuvreren en op de juiste momenten ingrijpen.

Een nadeel van de bottom-up benadering is dat een deel van de activiteiten pas gedurende de uitvoering van de interventie zich zal ontwikkelen. In deze situatie is er in feite geen sprake van een vooraf bepaalde doelstelling. De doelstelling van het project zal daardoor doorlopend bijgesteld of aangepast moeten worden. Dit bemoeilijkt het opzetten van een gedegen evaluatie.

Binnen de openbare gezondheidszorg was begin jaren negentig nog niet veel ervaring opgedaan met community-based werken. In het verleden werd gezondheidsvoorlichting vooral gebaseerd op de kennis vanuit de medische wetenschap en bestond er weinig aandacht voor de sociale en maatschappelijke omgeving. In de moderne aanpak van de collectieve preventie spelen meer partijen en overwegingen een rol. Bij community-projecten moet daarom naast de medische inbreng meer gebruik worden gemaakt van de deskundigheid van andere professionals. Door intersectoraal te werken en de deskundigheid van bijvoorbeeld het welzijnswerk te benutten kan veel efficiënter met bewonersgroepen worden gewerkt. Zij kennen vaak beter de situatie in de wijk en buurt. In het project in Zuidoost-Drenthe is pas in de laatste fase van het project voldoende gebruikt gemaakt van de deskundigheid van andere organisaties in de regio.

Implementatie

Het uitvoeren van community-based programma's heeft geen zin als de ontwikkelde initiatieven uiteindelijk niet geïmplementeerd worden in de community. Implementatie en inbedding is daarmee een essentieel onderdeel van dergelijke projecten. Het is echter tevens een lastig onderdeel. Bij aanvang van het project in Zuidoost-Drenthe bestond slechts een globaal plan voor de uitvoering. Er was veel ruimte voor aanpassing, groei en experimenteren. Dit heeft een aantal

voordelen opgeleverd, maar ook een aantal nadelen. In het begin van het project kon er flexibel worden ingesprongen op de ontwikkelingen en op de behoefte. Zo werd als het ware automatisch aangesloten bij de lokale en actuele situatie, cultuur en wensen en behoefte van de community. Aan de andere kant is het ontbreken van een concreet projectplan de reden geweest dat soms te laat is ingegrepen of met een volgende stap in de ontwikkeling van het project is begonnen. Als voorbeeld kan worden genoemd het proces tot verzelfstandiging van enkele gemeentelijke projectgroepen. Dit proces kwam pas op gang toen gemeentelijke projectgroepen eigenlijk al waren geëindigd met het uitvoeren van activiteiten. Bij community-projecten is dus een goede balans nodig tussen het van te voren bepalen van het programma en de vrijheid in ontwikkeling en uitvoering door betrokkenen. Community control en 'ownership' bevorderen implementatie en inbedding van het programma, passend bij de sociale omgeving en politieke structuur. Zo wordt tevens bijgedragen aan lange termijn verbeteringen wat betreft risicofactoren voor chronische ziekten (Rowley, 2000).

In Zuidoost-Drenthe is zoals eerder aangegeven in één gemeente een stichting opgericht welke is doorgegaan met de activiteiten. Enkele andere activiteiten zijn ingebed in de werkzaamheden van de stichting welzijn van de gemeente. Ook bij het project Gezond Bergeyk zijn enkele activiteiten met succes geïmplementeerd. Bij veel andere projecten wordt niets vermeld over implementatie of komt het niet van de grond. Vaak is een implementatie niet geslaagd, omdat onvoldoende participatie of community development werden bereikt en vervolgens na beëindiging van de professionele ondersteuning en financiering de voortgang stopt (Maclean, 1994). Verder geldt ook dat de implementatie lang duurt en dat de keuze van de lengte van projecten in het verleden maar al te vaak gebaseerd werd op subsidiemogelijkheden in plaats van op in de praktijk noodzakelijke tijd of op wetenschappelijke onderbouwing (Sorensen e.a., 1998). In de VTV 2002 wordt nadrukkelijk aangegeven dat continuïteit en implementatie bij lokale gezondheidsbevordering van groot belang is. In de VTV wordt gesteld dat om tot continuïteit en implementatie van lokale interventies te komen een krachtige landelijke ondersteuning noodzakelijk is. Dit zou door prioriteitstelling, structurele financiering, en continuïteit in randvoorwaarden verwezenlijkt moeten worden. Evenals bij lokale community-based interventies ligt het voor de hand de krachten te bundelen en een samenhangend landelijk en regionaal 'community'-based beleid te ontwikkelen. Bij lokale interventies zou vaker aansluiting gezocht moeten worden bij nationale beleidskeuzes, die op zich onderdeel zouden moeten uitmaken van het beleid van de gemeente, bij voorkeur vastgelegd in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Daarnaast zou meer samenhang met beleidsprioriteiten van andere organisaties binnen de openbare gezondheidszorg en curatieve zorg in de regio moeten komen. Deze aansluiting van lokale en regionale beleidsprioriteiten op landelijke prioriteiten met inbedding in het lokale beleid zou bij kunnen dragen aan een structurele financiering en continuïteit in randvoorwaarden voor lokale interventies.

Een andere reden voor het onvolledig bereiken van implementatie is wellicht het ontbreken van een overkoepelende stuurgroep met status in de regio en met politieke en bestuurlijke invloed. De begeleidingsgroep, bestaande uit medewerkers van de universiteit, heeft weliswaar het project ondersteund, maar had weinig bemoeienis met de regio en daarmee ook weinig invloed op het in stand houden van draagvlak en het overtuigen van regionale politici en (gemeente)besturen.

8.1.2 Kenmerken uitvoering

De bouwstenen van de community-based interventie zijn niet nieuw. Veel van de specifieke programmaonderdelen van de interventie zijn in afzonderlijke projecten of activiteiten eerder gebruikt. Het vernieuwende aan de community-benadering is dat een combinatie van verschillende methoden van gezondheidsvoorlichting tegelijk wordt toegepast. Dit geldt voor de methodiek van de voorlichting zelf, de doelgroep waar het programma onderdeel op is gericht en de betrokkenheid van partners bij totstandkoming en uitvoering. Een dergelijke werkwijze geeft ook direct een probleem aan, namelijk dat community-projecten allemaal verschillend zijn. Elk project legt op een andere wijze nadruk op de verschillende aspecten die spelen in het project, onder andere afhankelijk van de lokale cultuur en structuur. Vanwege verschillen in de opzet, de organisatie, de aanpak en de resultaten van projecten, zijn deze vaak moeilijk onderling te vergelijken. In Zuidoost-Drenthe zijn drie algemene kenmerken van community-based preventie toegepast, te weten: het gebruiken van een interventiemix, het betrekken van de bevolking en intersectorale samenwerking. Hieronder wordt ingegaan op de uitwerking van deze drie algemene kenmerken in de praktijk.

Het gebruiken van een interventiemix

Gedurende het project in Zuidoost-Drenthe zijn meer dan 400 activiteiten opgezet en uitgevoerd. Binnen de activiteiten bestond een grote diversiteit in doel, doelgroep, type activiteit en het thema waarop ze gericht waren, zoals verschillende leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen, en specifieke groepen binnen de community. De werkwijze van de activiteiten was vaak verschillend, variërend van informatieoverdracht tot aanleren van andere gewoonten. Uit deze verzameling van activiteiten blijkt dat het project er gemakkelijk in geslaagd is de interventiemix vorm te geven. De mix van interventies komt tevens tot uiting in de thema's van het project, voeding, beweging, roken en stress. De ervaring van andere community-projecten voor wat betreft het hanteren van een interventiemix is goed. Als eenmaal draagvlak en participatie is bereikt zijn veel organisaties bereid mee te werken aan het project en op onderdelen te financieren. Ook in de rapportage over de eerste periode van het project Hartslag Limburg wordt

genoemd dat de projectgroepen veel regionale activiteiten uitgevoerd hebben (Ronckers, 2000; 2001).

Een voordeel van de interventiemix is dat indien een onderdeel onvoldoende aanslaat in de regio of de community, er nog andere factoren zijn die wel tot een succes kunnen leiden. Uit de resultaten van het project blijkt dat de community over het algemeen niet zo veel met het thema stress kon. Buiten een enkele voorlichtingsactiviteit is het bij dit thema niet tot een meer gestructureerde actie gekomen. De andere factoren waar het project zich op richtte, voeding, beweging en roken, zijn echter wel goed opgepakt. Wat betreft het thema stress komt de VTV (VTV, 2002 b) tot dezelfde constatering. Met betrekking tot de interventies op het terrein van de zogenoemde BRAVO thema's (meer bewegen, minder roken, minder alcohol, gezonde voeding, veilig vrijen, meer veiligheid en meer ontspanning) wordt gesteld dat de O van ontspanning erg moeilijk te operationaliseren is. Het thema werd daarom niet verder behandeld in de rapportage.

Een ander voordeel van de interventiemix is dat vanwege de verschillende onderdelen van het project die goed passen bij de situatie en de verdeling van risicofactoren binnen een populatie, er als vanzelf een hoog-risico karakter wordt gerealiseerd (Sorensen e.a., 1998).

Het betrekken van de bevolking

Een belangrijk tweede kenmerk van een community-based interventie is het daarbij betrekken van de bevolking. De bevolking is in feite de doelgroep waar de gezondheidsvoorlichting zelf op gericht is; alle inwoners van de community worden gewezen op gezond gedrag en het risico op hart- en vaatziekten. De laatste jaren wordt de term 'empowerment' vaak gebruikt als term voor participatie van de bevolking. Empowerment houdt in dat personen meer controle krijgen over de mogelijkheden en middelen om hun eigen gezondheid te kunnen verbeteren. Met de mogelijkheden worden de personele, sociaal-economische en omgevingsfactoren die de gezondheid beïnvloeden bedoeld. Het begrip sluit aan bij de definitie van gezondheidsbevordering, 'the process of enabling people to take control over, and to improve their health', zoals deze is opgesteld in het Ottawa Charter door de WHO in 1986 (WHO, 1986). Bracht en collega's maken onderscheid in twee typen empowerment, namelijk psychologische en community empowerment (Bracht e.a., 1999). Volgens hen houdt psychologische empowerment in dat personen vanwege een actieve participatie of lidmaatschap van een groep het gevoel hebben meer controle te hebben over hun eigen gezondheid. Het gaat hierbij dan om vaardigheden en participatief gedrag. Community empowerment is het daadwerkelijk controle hebben over de middelen en mogelijkheden die de eigen gezondheid kunnen verbeteren vanwege participatie in collectieve of politieke actie. Psychologische empowerment is daarmee meer zelfontplooiing. Het onderscheid van deze twee typen is niet altijd even gemakkelijk te maken; zo zal bijvoorbeeld het lidmaatschap van een binnen

de gemeente actieve sportclub bijdragen aan zowel de psychologische als de community empowerment. Tegenwoordig wordt veel waarde gehecht aan participatie en empowerment, maar deze begrippen zijn nog onvoldoende in theorie en onderzoek gedefinieerd om toe te kunnen passen in evaluatieonderzoek. Ook al is bij de voorbereiding en uitvoering van het project in Zuidoost-Drenthe het begrip empowerment nooit als zodanig benoemd, in feite is de intersectorale gemeentelijke projectgroep de operationalisatie van empowerment geweest. Binnen deze groepen hebben zowel een vertegenwoordiging van de bevolking als verschillende sectoren en disciplines invloed uitgeoefend op de uitvoering van de activiteiten en de totstandkoming van gezondheidsbeleid.

Intersectorale samenwerking

Bij community projecten is intersectorale samenwerking van belang. Als meerdere sectoren participeren in de interventie wordt, in dit geval, het promoten van gezonder gedrag gemakkelijker gemaakt. Door de keuze om binnen het project in Zuidoost-Drenthe gebruik te maken van de gemeentelijke projectgroepen werd in feite gelijktijdig aan participatie als intersectorale samenwerking voldaan. Naast de gemeentelijke projectgroepen is tevens op andere wijze contacten gelegd met sectoren. De contacten met de gemeente zijn hierbij vooral van belang geweest. Bij de start van het project in Zuidoost-Drenthe werd gekozen voor gemeentelijke projectgroepen, waarin organisaties en bevolking vertegenwoordigd zijn. De projectgroep vertaalde signalen uit de gemeente in een samenhangend aanbod van activiteiten, voerde deze activiteiten uit en informeerde de eigen achterban. Zo werd nauw aangesloten bij de sociale omgeving en de lokale situatie. De groepen zijn tijdens de uitvoering speerpunt van het project gaan vormen. In totaal zijn in zes van de negen gemeenten groepen gestart. Gezien de samenstelling van de lokale groepen is het betrekken van de bevolking goed gelukt. In alle projectgroepen was de lokale bevolking vertegenwoordigd, zowel via vrijwilligers en niet-professionals als via professionals. De totstandkoming van de gemeentelijke projectgroepen verliep niet in elke gemeente even gemakkelijk. Veel heeft afgehangen van de affiniteit van de betreffende gemeenteambtenaar met het onderwerp; ook de omvang van de gemeente is van belang. In grote gemeenten blijkt het moeilijker een projectgroep op te richten, mogelijk vanwege de afstand tussen gemeente en bevolking. Tevens kunnen personele wisselingen in een gemeente gunstig uitpakken voor het project. Ziet de ene burgemeester of wethouder niets in het project, de volgende kan er wel in geïnteresseerd zijn. Uit het onderzoek is gebleken dat belangrijke factoren voor het functioneren van de gemeentelijke projectgroepen zijn: het voorzitterschap, enthousiasme, ondersteuning door de gemeente, doel, budget, toegang tot GVO-kennis, materialen, verdeling van taken en informatie over concreet behaalde resultaten. Een handboek met tips voor projectgroepleden blijkt een goede ondersteuning. Uit beschrijvingen van partnerships en samenwerkingsstructuren in de community blijkt ook dat allianties en partnerships tussen organisaties in de publieke sector,

private sector en overheid goed lijken te kunnen functioneren. Dergelijke samenwerkingsstructuren geven aandacht aan determinanten op zowel individueel als maatschappelijk niveau en in de praktijk lukt het om belangrijke punten op agenda te zetten. Vooral het betrekken van vrijwilligers en het uitvoeren van voorbeeldprojecten lijken te werken. Zo kan maximaal voordeel van de community worden verkegen (Gillies, 1998). 'Ownership' bevordert de implementatie en het vasthouden van aandacht voor gezondheidsonderwerpen, passend bij de sociale omgeving en politieke structuur. Hierdoor wordt tevens bijgedragen aan de lange termijn verbeteringen wat betreft risicofactoren voor chronische ziekten (Rowley, 2000). Tegenwoordig werken veel projecten met één of andere vorm van gemeentelijke groepen. Op basis van de ervaringen in Zuidoost-Drenthe (Bokma e.a., 1994; De Vries e.a., 1995, 1997, 2000) en ervaringen van anderen kan een aantal belangrijke eigenschappen en voorwaarden voor goed functionerende community structuren worden genoemd (Gillies, 1998; Rowley, 2000; Green 2001; Shortell, 2002):

- wees duidelijk over doel en missie;
- maak afspraken over verantwoordelijkheden, inzet en tijdsduur;
- gebruik meervoudig leiderschap: kies een door de community geaccepteerde voorzitter/trekker en zorg voor een ondersteunende organisatie;
- bewaak de koers van het project, maar zorg ook dat het project bijgestuurd kan worden;
- anticipeer tijdig op ontwikkelingen;
- verdeel verantwoordelijkheid onder meerdere betrokkenen;
- samenwerking gaat uit van vertrouwen, respect, enthousiasme en commitment, ga uit van de kracht van de samenwerking;
- zorg voor goede communicatie en wees transparant in besluiten;
- zorg voor terugkoppeling van resultaten en effecten;
- onderhoud een relatie met lokale leiders, gezondheidszorg, politiek en financiers;
- maak gebruik van bestaande structuren;
- pas meerdere methoden toe;
- zorg voor voldoende middelen en materialen.

Het organiseren van draagvlak en betrokkenheid kostte meer tijd dan van te voren werd gedacht. Uiteindelijk is deze extra inspanning succesvol gebleken. De gemeenten werden enthousiast en ook andere partijen zijn bereid gevonden om bij te dragen aan de uitvoering van het project. Ook in in andere projecten wordt gevonden dat het opzetten van de community structuren tijdrovend is, maar uiteindelijk zeker nuttig. Ronckers (2001) geeft aan dat het belangrijk is geweest in het project Hartslag Limburg om te investeren in de lokale samenwerking en dat uiteindelijk veel mogelijk is gebleken, zoals financiering van verschillende organisaties en netwerken.

In het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' bleek de samenwerking met de gemeenten essentieel. De GGD had ervoor gekozen de gemeenten een belangrijke rol te geven bij de inrichting en het functioneren van de gemeentelijke projectgroepen. De ambtenaar welzijn van de gemeenten werd gevraagd een projectgroep te formeren en ook zelf te participeren in deze groep. In de praktijk verliep de samenwerking echter niet met elke gemeente even goed. Een aantal gemeenten stond positief tegenover het project, andere gemeenten vonden het niet de juiste oplossing voor het probleem of vonden het zelfs geen taak van de gemeente. Er bleek aanvankelijk een verschil in verwachting tussen de GGD en de gemeente wat betreft de betrokkenheid bij het project. De GGD verwachtte dat de gemeente bereid was het project te ondersteunen, zowel met financiële middelen als met personele ondersteuning. De gemeente zag het project als activiteit van de GGD en ging ervan uit dat deze het project zonder gemeentelijke bemoeienis zou uitvoeren. Ook uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 1995 is gebleken dat er bij gemeenten sprake is van een gebrekkige bestuurlijke betrokkenheid bij het collectief preventief gezondheidsbeleid (IGZ, 1995). Naar aanleiding daarvan is door de minister de Commissie Versterking Collectieve Preventie (de Commissie Lemstra) ingesteld. Deze commissie concludeerde dat de samenwerking tussen de verschillende overheden en gemeenten onderling beter zou moeten (Commissie Versterking Collectieve Preventie, 1996). Hetzelfde gold voor de relatie tussen gemeenten en hun GGD en binnen de verschillende afdeling of sectoren van de gemeente. In onderzoek van Van Dijk (2001) naar gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt gesteld dat binnen de gemeente, maar ook tussen rijk en gemeentelijke overheid meer intersectoraal samengewerkt zou moeten worden. Het is evident dat voor het welslagen van community-based interventies een goede afstemming en samenwerking tussen GGD en gemeente gewenst is. De Wcpv stelt de gemeenteraad verantwoordelijk voor de collectieve preventie en de afstemming van preventie met de gezondheidszorg. Vanaf 2003 moet de gemeente periodiek een nota lokaal gezondheidsbeleid opstellen. In deze nota zal de gemeente haar voornemens op het terrein van de lokale volksgezondheid en de collectieve preventie moeten vaststellen. De GGD en andere lokale organisaties zullen zorg moeten dragen dat de belangen van preventie in de nota worden opgenomen. Als positieve uitstraling van het project in Zuidoost-Drenthe geldt dat als vervolg op het hart- en vaatziekten community-based project een community-project gestart is, waarin intensief tussen GGD en gemeente wordt samengewerkt, dit keer gericht op de doelgroep jeugd.

Evaluatie

Evaluatie is een belangrijk onderdeel van gezondheidsbevordering. Via evaluatie kan inzicht worden verschaft in de bereikte resultaten en kunnen ontwikkelingen en ervaringen met activiteiten worden teruggekoppeld. In het bijzonder bij

community-based interventies is het terugkoppelen van voortgang en resultaten van de interventie erg belangrijk. Betrokkenen willen weten of hun bijdrage van nut is en bepalen onder andere op basis van deze informatie hun inzet en enthousiasme. Bovendien levert evaluatie informatie op die gebruikt kan worden om nog tijdens de uitvoering van het programma op onderdelen bij te sturen en/of effectiever of efficiënter te kunnen opereren. Voor het project in Zuidoost-Drenthe is een uitgebreide evaluatie uitgevoerd. Bij aanvang van het project was alleen een eenvoudige evaluatie gepland, maar vanwege het verkrijgen van aanvullende subsidie werd het mogelijk een meer uitgebreide evaluatie uit te voeren. Dit had echter tot nadeel dat het project al gestart was en het niet mogelijk is geweest om van tevoren (nog voordat de interventie zelf aanvangt) de verschillende participanten in de community te betrekken bij de opzet van de evaluatie. Al bij de opzet van een project dient evaluatie onderdeel van de planning en begroting te zijn. De WHO pleit ervoor tenminste 10% van het bedrag dat besteed wordt aan de uitvoering van een project te reserveren voor evaluatie (WHO, 2001).

Algemene kenmerken uitvoering community-based preventie

In het rapport van de werkgroep Health Promotion Evaluation van de WHO (2001) zijn de huidige inzichten over kenmerken van community-based preventie verwoord. De werkgroep spreekt over het multidisciplinaire karakter van gezondheidsbevordering en dat principes als empowerment en participatie en het brede scala van activiteiten onderdeel hiervan uitmaken. Met de ervaring die is opgedaan met de uitvoering van het project en de huidige inzichten in gezondheidsbevordering kan een meer volledig kader voor community-based initiatieven worden gegeven. Deze algemene kenmerken van goede community-based interventies zijn:

- het Health Field Concept van Lalonde als uitgangspunt;
- participatie van de doelgroep bij alle fasen in de interventie;
- intersectoraal en multidisciplinair;
- empowerment;
- multi-strategie;
- inbedding;
- evaluatie.

Met deze kenmerken wordt een algemeen kader geschetst voor de uitvoering van community-based interventies, met goede mogelijkheden om niet alleen de medische sector, maar ook andere organisaties binnen de community te interesseren om een bijdrage te leveren aan de verbetering van de gezondheid van de bevolking. Dit kader kan echter slechts een algemene richtlijn zijn. Per definitie zal ieder community-project namelijk een andere uitwerking kennen; het betreft immers projecten geënt op de lokale structuur en deze is in iedere wijk, dorp of stad anders. 'One size fits all' gaat bij community-projecten niet op (Sorensen e.a., 1998).

8.2 Effecten van lokale community-based initiatieven

Hoofddoelstelling van de community-based interventie in Zuidoost-Drenthe was de verbetering van de leefstijl van de bevolking om zodoende het vóórkomen van hart- en vaatziekten te verminderen. Om de resultaten van de inspanning zichtbaar te maken is, naast de procesevaluatie, een uitgebreide evaluatie naar de effecten van de voorlichting uitgevoerd. Omdat niet te verwachten is dat al na acht jaar interventie de prevalentie van hart- en vaatziekten (meetbaar) zal afnemen is het onderzoek naar de effecten van het project daarom op intermediaire maten gericht, namelijk bekendheid van het project, kennis, houding en gedrag van de bevolking. In deze paragraaf wordt ingegaan op de betekenis van de gevonden resultaten.

8.2.1 Effecten op het proces van gedragsverandering

Uit het effectonderzoek blijkt dat het project een grote bekendheid genoot, zowel onder de bevolking als bij intermediairen. Ook bij andere community projecten is de bekendheid vaak groot. De goede bekendheid lijkt gepaard te gaan met een positieve uitstraling. Deze positieve uitstraling van community interventies is belangrijk voor het verkrijgen van medewerking van bevolking en organisaties. Aan de andere kant zal de bekendheid en de positieve uitstraling een gevolg zijn van het karakter van community-based werkwijze, namelijk het betrekken van zo veel mogelijk personen bij het project waarmee het een activiteit wordt van iedereen.

Uit het effectonderzoek naar de fasen van gedragsverandering na tweeënhalve en na vijf jaar, bij inwoners van gemeenten met een projectgroep, blijkt dat er significante veranderingen zijn ten aanzien van enkele stappen die leiden tot gedragsverandering. Deze effecten zijn niet groot en zijn overwegend in specifieke deelonderzoeken gevonden. Uit onderzoek bij de bevolking na de gehele projectperiode van acht jaar blijkt dat er geen resultaat van het project te zien is ten aanzien van kennis, houding en gedrag. De interventie heeft dus geen aantoonbare verbetering opgeleverd in de experimentele regio ten opzichte van de controle regio.

De resultaten van het project in Zuidoost-Drenthe zijn hiermee grotendeels in overeenstemming met de in de literatuur beschreven bevindingen van andere interventies. Zoals al eerder aan de orde is gekomen werd aanvankelijk zeer positief gepubliceerd over de resultaten van community-based interventies. Vooral het project in Finland en later de grote Amerikaanse projecten beschreven gunstige effecten. Gedurende de uitvoering van het project in Drenthe kwam nieuwe informatie beschikbaar over de effecten van de Amerikaanse projecten en andere binnen en buitenlandse interventies (Oster, 1993; Luepker e.a., 1994; Carleton e.a., 1995; Jeffery, 1995; Young, 1996; Baxter, 1997; Ebrahim, 1997; Sellers e.a., 1997;

Nutbeam, 1998; Sorensen e.a., 1998; Tudor Smith, 1998; Fortmann, 2000; Berkowitz, 2001).

Het project dat als voorbeeld diende voor 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is het Engelse project Heart Beat Wales. Uit de evaluatie van dit project blijkt ook dat uiteindelijk geen positieve effecten worden aangetoond ten gunste van de interventie in de experimentele regio. Een verklaring voor het ontbreken van resultaat wordt gezocht in het feit dat de evaluatie niet toereikend is geweest; het evaluatieonderzoek kende geen goede controlegroep (Nutbeam, 1993). Uit een meta-analyse van community-based projecten blijkt dat de methode van evaluatie voor een deel de verschillen in uitkomst van de studies verklaren, maar dat ook karakteristieken van de interventie een rol spelen (Sellers e.a., 1997).

Uit studie van het Stanford Five-City project blijkt dat op enkele onderdelen positieve bevindingen zijn aangetoond, vooral op individueel niveau, maar dat vanwege de onverwachte van betekenis zijnde positieve ontwikkelingen in de controle groep er geen conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van de community-based interventie (Fortmann e.a., 1995; Winkleby e.a., 1996; Young, 1996). In het Minnesota Heart Health Program en Rhode Island project worden uiteindelijk geen bewijzen gevonden van een effect van de interventie op sterfte en morbiditeit. Een Deens project, gericht op voeding, beweging en roken laat eveneens geen verschil zien tussen experimentele en controle groep. In beide groepen is er wel gezondheidswinst gevonden; 10% zegt minder te zijn gaan roken, 39% is minder vet gaan eten en 28% is meer gaan bewegen. Als reden wordt gegeven dat door het massa media aspect van het project de aandacht voor bevordering van gezondheid zich over hele land verspreidt (Oster, 1993). Door het verspreiden van voorlichting en eventueel andere onderdelen van de interventie buiten de experimentele groep of doelgroep wordt in feite het creëren van een goede controle groep onmogelijk gemaakt. Verder wordt in het Deense onderzoek gesteld dat de Denen in principe al goed geïnformeerd zijn en er daarom nog maar weinig winst te boeken valt (Oster, 1993). Algemeen wordt beschreven dat community-based programma's populair zijn vanwege de toepassingmogelijkheden en de uitstraling van het project, maar er zijn maar weinig resultaten gevonden op gedragsverandering (Berkowitz, 2001). Op onderdelen van de interventie, vaak op kleinere schaal en bij specifieke groepen, worden wel positieve resultaten aangetoond. Ook de resultaten van de deelprojecten en de bevindingen uit de effectevaluatie in de eerste jaren van het project in Zuidoost-Drenthe laten op onderdelen enkele gunstige significante resultaten van de interventie zien.

Uitzondering is het North Karelia project waar bewijs voor een associatie tussen interventie en vermindering van risicofactoren, maar ook van hart- en vaatziekten zelf, beschreven wordt (Vartiainen e.a., 1994). Ook bij dit project geldt dat in de eerste 5 jaar effecten op risicofactoren zijn gevonden ten gunste van de experimentele regio. In de 15 jaar daaropvolgend is het effect gelijk in de experimentele regio en de rest van het land.

Enkele auteurs geven aan dat door het aantrekkelijke karakter en de uitstraling van de projecten er binnen de openbare gezondheidszorg meer aandacht is uitgegaan naar gezondheid en risicofactoren. De thema's zijn vaker op de politieke en gezondheidsagenda geplaatst (Sorensen e.a., 1998). Indirect is hierdoor bijgedragen aan positieve trends binnen het voorkomen van risicofactoren in de gehele bevolking. Ook de gunstige ontwikkelingen in Finland worden toegeschreven aan de invloed van het project welke bereikt werd in de eerste 5 jaar (Vartiainen e.a., 1994).

Opgemerkt dient te worden dat community-based interventies door inspraak en participatie passend zijn bij de eigen community. Aangezien iedere community andere kenmerken heeft zijn de community-based projecten verschillend van aard en opzet. Resultaten van evaluaties zijn dus onderling lastig te vergelijken en dit bemoeilijkt interpretatie van de effecten ervan. Vaak zijn er verschillende onderzoeksmethoden toegepast, is er sprake van andere doelgroepen en is de interventieduur anders. Vergelijking met andere projecten kan daarom alleen op hoofdlijnen plaatsvinden.

8.2.2 Verklaring van de effecten

Uit de beschreven resultaten van community-based projecten komt naar voren dat de methode populair is bij gezondheidsbevordering en tevens succesvol is in het betrekken van de bevolking en andere organisaties in de community. Uit evaluatieonderzoek naar effecten in de gehele populatie over een langere termijn, blijkt dat er weinig significante resultaten gevonden worden. Indien onderdelen van de interventie apart worden bestudeerd, bijvoorbeeld effecten binnen een korte termijn of naar een specifieke doelgroep, zijn er wel positieve resultaten van de interventie aan te tonen.

Voor het gegeven dat effecten van community-based interventie op de lange termijn uitblijven worden de volgende verklaringen aangedragen.

Een eerste verklaring kan zijn dat de community-based interventie onvoldoende is aangeslagen in de community en er in feite te weinig draagvlak en participatie is ontstaan om voldoende invloed op gedragsverandering te bewerkstelligen. Ook kan het natuurlijk gebeuren dat de bevolking en andere partijen gedurende het project niet meer geïnteresseerd zijn en participatie afneemt waardoor in de loop van de tijd ook het effect minder wordt. In Zuidoost-Drenthe lijkt deze verklaring slechts ten dele op te gaan. Uit onderzoek bleek dat zowel de bevolking als intermediairen en gemeente aandacht voor het onderwerp hart- en vaatziekten belangrijk vinden. Gezien de aandacht voor het project en de participatie van projectgroepen en organisaties, zoals gemeenten en organisaties, lijkt er wel voldoende draagvlak te zijn verkregen. Wel hebben enkele leden van de projectgroepen aangegeven dat zij na een aantal jaren hart- en vaatziekten wel 'weer eens wat anders' willen doen. Het betekent dus dat in langdurige

community-based projecten continu naar nieuwe mogelijkheden en richtingen gezocht moet worden om de aandacht en motivatie van betrokkenen te behouden. Continue evaluatie, feedback, betrokkenheid en aanpassing van het programma is daarom noodzakelijk.

Tevens is er een andere reden voor verminderde aandacht voor het project. In de derde subsidieperiode van het project stopten de werkzaamheden van de projectgroepen. De reden hiervoor was het feit dat de activiteiten van de projectgroepen niet tijdig geïmplementeerd waren en er zodoende geen garantie werd geschapen voor continuering. Daarnaast speelde de specifieke situatie van de gemeentelijke herindeling een rol; gemeenten namen een afwachtende houding aan ten aanzien van nieuwe initiatieven, met als gevolg dat projectgroepen stopten met het organiseren van activiteiten.

Een andere verklaring voor het uitblijven van effecten op langere termijn is dat in eerste instantie er wellicht onterecht gunstige effecten zijn gevonden van de interventie. Bij verdere uitvoering van de interventie zouden deze effecten dan niet meer gevonden kunnen worden. Deze verklaring is echter niet waarschijnlijk.

Zowel in het project in Zuidoost-Drenthe, als ook in de vele beschreven projecten in binnen- en buitenland worden op onderdelen gunstige resultaten op gedrags- en risicofactoren gevonden. Bovendien kan op basis van de verschillende procesevaluaties worden aangenomen dat wat betreft de betrokkenheid van de community en het bereiken van empowerment resultaat wordt geboekt.

De derde verklaring is dat de methode van evaluatie niet adequaat is en dat er wel degelijk effecten zijn, maar dat deze niet gemeten kunnen worden. Deze verklaring ligt het meest voor de hand. Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te dragen.

Hieronder wordt een aantal genoemd.

Beïnvloeding van de referentie

Om effecten te zien is een vergelijking nodig. Hiervoor dient over het algemeen een controlegroep. Een controleregio kan beïnvloed worden door landelijke trends en andere voorlichtingscampagnes. Er zijn in Nederland vaak meerdere campagnes gaande. Bijvoorbeeld landelijke campagnes van de Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse overheid en campagnes gericht op bijvoorbeeld kankerbestrijding hebben invloed op inwoners van de controleregio. Regionaal vindt tevens beïnvloeding plaats van regionale en lokale campagnes. Daarnaast zal er via regionale media en persoonlijke contacten diffusie plaatsvinden van de projectboodschap.

Trends

Het is niet mogelijk om in evaluatieonderzoek de experimentele groep te isoleren en ervoor te zorgen dat andere ontwikkelingen de interventie niet verstoren. In community-based evaluatieonderzoek zal er altijd verstoring zijn van andere niet te beïnvloeden ontwikkelingen. Bijvoorbeeld ontwikkelingen in gedrag, zoals cultuur en modetrends, welke het voorkomen van risicofactoren in de onderzochte groepen kunnen beïnvloeden. Indien een goede controlegroep wordt gekozen zal

over het algemeen gelden dat deze beïnvloeding daar net zo sterk speelt en kan hiervoor worden gecorrigeerd. Indien de invloed van trends echter groot is, kan deze de invloed van de interventie vertroebelen of overschaduw en onzichtbaar maken.

Onderscheidend vermogen van de meetmethode

Aangezien het proces tot gedragsverandering bestaat uit verschillende stappen en er veel factoren bijdragen aan of oorzaak zijn van gedragsverandering is het meten van gedragsverandering complex. Er bestaan veel theorieën over gedragsverandering en factoren die hierbij een rol spelen. Er bestaan nog onvoldoende gemakkelijk toepasbare methodieken voor onderzoek naar gedragsverandering en voor het meten van effectiviteit van community-based interventies. Ook bestaat er tot op heden geen consensus over de aanpak. Operationalisatie van de te onderzoeken items levert daardoor bij ieder project andere factoren.

Volgens Rose (Rose, 1985; 1992) hebben geringe veranderingen op het voorkomen van risicofactoren op individueel niveau grote consequenties voor gezondheid op populatieniveau. Dit betekent dat indien de kleine veranderingen in kennis, houding en gedrag op individueel niveau niet gemeten kunnen worden, er geen effect van het project aangetoond kan worden, terwijl dat op de uiteindelijke maat (terugdringing van sterfte) wellicht wel bestaat. De kleinschaliger deelprojecten zijn beter te controleren, en om die reden zijn effecten gemakkelijker aan te tonen. Bij community-based interventie worden alle leden van de community in het onderzoek betrokken. Slechts een deel van hen wordt aan de interventie onderworpen. Indien de methodiek op veranderingen van het individu gericht is, zal het onderscheidend vermogen dus gering zijn (Sorensen e.a., 1998).

Duur van de interventie

Er wordt verondersteld dat een community-based interventie tenminste vijf jaar moet duren, voordat effecten gemeten kunnen worden vanwege het complexe proces van gedragsverandering en community verandering (Mittlemark, 1992; Sorensen e.a., 1998). Ook is het proces van implementatie en institutionalisering langdurig. In de praktijk blijkt echter dat vaak de duur van de interventie voornamelijk afhangt van financiële overwegingen en niet bepaald wordt op basis van wetenschappelijk inzicht. Er is dan ook weinig onderzoek bekend naar de tijd die nodig is om gedragsverandering binnen een community te verwezenlijken en daadwerkelijk te meten.

In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de methodiek van studies naar effecten van community-based interventies.

8.3 Evalueren van community-based interventies

Net zo min als er voor community-based interventies overeenstemming bestaat over opzet en aanpak, is er een algemeen aanvaard concept voor evaluatieonderzoek naar de effecten van dergelijke interventies. In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de wijze van het evalueren van community-based interventies gekomen. Het uitblijven van harde bewijzen voor effecten van community-based interventies heeft onderzoekers aangezet tot het nadenken over een andere opzet en uitvoering van een evaluatieonderzoek. In deze paragraaf wordt op basis van de ervaring van het project in Zuidoost-Drenthe ingegaan op de methodiek van evalueren van community-based interventies.

8.3.1 Aanpak van evaluatieonderzoek

Tot halverwege de jaren negentig werd ten aanzien van het evalueren van community-based interventies hoofdzakelijk gedacht aan bewijsvoering vanuit de logische redenering; dat een mening of bewijs alleen stand houdt met gedegen observatie en een wetenschappelijk experiment. De randomized controlled trial (RCT) en het quasi-experiment zijn grotendeels uit deze gedachte voortgekomen (Nutbeam, 1993; Campbell, 2000; McQueen, 2000). De voorwaarden voor subsidie hebben bijgedragen aan de vanzelfsprekende toepassing van de RCT (Habicht, 1999). Halverwege de jaren negentig ontstond discussie over effectonderzoek naar gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering werd steeds meer gezien als mix van verschillende activiteiten, uitgevoerd door verschillende disciplines. Bij community-based projecten worden meerdere benaderingen, vraagstellingen, doelen en methodieken toegepast. Evaluatie en effectonderzoek kunnen daarom moeilijk in een eenduidig gedefinieerde vraagstelling van een RCT ondergebracht worden (Gillies, 1998). Het effectonderzoek naar community-based interventies behelst meer. Invloeden van sociale wetenschappen als psychologie, sociologie, politicologie, economie, bestuurskunde zijn tevens belangrijke bronnen naast de kennis over medisch onderzoek (Sorensen e.a., 1998). Er is het laatste decennium veel geschreven over de beperkingen van de RCT. De RCT is voornamelijk gericht op individuele metingen. In deze aanpak wordt een set van variabelen zo veel mogelijk apart van de omgeving in onderzoek bestudeerd. Zo ontstaat een zo goed mogelijk beeld van een specifieke factor. In een community-omgeving zal deze aanpak niet geschikt zijn. Bij community-studies gaat het juist om de invloed van de factor binnen de omgeving. Politieke factoren, verscheidenheid van de doelgroep, identificeren van externe variabelen, veranderingen in de tijd kunnen niet onderzocht worden (Berkowitz 2001). Daarnaast geldt dat randomisatie bij community-interventies niet mogelijk is (Tones, 1999). Verder is het onderscheidend vermogen van de RCT bij community-projecten lager. Bij de normale toepassing van de RCT zijn alle personen in de experimentele groep blootgesteld aan de interventie. In de community-trial is dat slechts een klein deel

(Sorensen e.a., 1998). De WHO zegt er zelfs het volgende over 'The use of randomized control trials to evaluate health promotion initiatives is, in most cases, inappropriate, misleading and unnecessarily expensive' (WHO, 2002). Ondanks de kritiek op de RCT wordt over het algemeen gesteld dat de methode moet worden toegepast als aanvulling op andere methoden, zoals observationeel onderzoek en kwalitatief onderzoek. Daarnaast zou meer onderzoek naar implementatie, diffusie, succes- en faalfactoren moeten worden toegepast.

Eind jaren negentig is meer besef ontstaan over het feit dat bij evaluatie van community-based interventies de RCT of het quasi-experiment niet volstaat. Community-based programma's omvatten een mix van interventies, variabelen en zijn meerdere wetenschappelijke en professionele disciplines betrokken bij de opzet en uitvoering van de interventie, zoals epidemiologie, anthropologie, sociale psychologie, gezondheidsvoorlichting, welzijnswerk, enzovoort. In de evaluatie zal hier rekening mee gehouden moeten worden. Indien het onderzoek vanuit een wetenschappelijke discipline wordt benaderd of op een (gedrags)factor is gericht, kan op zichzelf een goed onderzoek worden uitgevoerd en is vaak voldoende kennis aanwezig en zijn theoretische modellen voorhanden. In evaluatie van community-based projecten zou de bijdrage van de afzonderlijke wetenschappelijke en professionele disciplines even zwaar moeten wegen (McQueen, 2000). Dit betekent dat zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden en een verscheidenheid aan onderwerpen, zoals gezondheid, cultuur en politiek, onderwerp van het evaluatieonderzoek moeten zijn (Rada, 1999). De werkgroep van de WHO die uitgebreid onderzoek heeft gedaan naar de evaluatie van gezondheidsbevordering (WHO, 2001) stelt dat ten aanzien van evaluatie de volgende aspecten minimaal vereist zijn:

- de evaluatie moet gebruik maken van participatie;
- minimaal 10% van het budget van het project moet bestemd zijn voor evaluatie;
- er een mix van proces- en uitkomstmaten moet worden gebruikt;
- een multi-methode aanpak en onderzoek naar adequate evaluatie toegepast wordt;
- gewerkt wordt aan de totstandkoming van infrastructuur voor de ontwikkeling van kennis;
- mogelijkheden voor het uitwisselen van informatie worden gecreëerd.

Onlangs is een Nederlandse studie uitgevoerd naar 'het evalueren van community-based interventies' (Alting e.a., 2003). Ook in deze studie wordt geconcludeerd dat de RCT en de daarvan afgeleide community intervention trial (CIT) niet geschikt zijn om een wijkgerichte aanpak of community-based interventies adequaat te evalueren. Wetenschappelijk onderzoek en wijkgericht werken hebben verschillende wensen en mogelijkheden ten aanzien van 'timing en tempo'. Het plannen van de te ondernemen stappen is daarom moeilijk. De planning van een community-based project verloopt immers dynamisch en is niet van tevoren in tijd

te bepalen. De auteurs zien meer in het gebruik maken van methoden die praktisch bruikbaar zijn en snel tussentijdse resultaten kunnen opleveren.

8.3.2 Aanpak in Zuidoost-Drenthe

De evaluatie van het project in Zuidoost-Drenthe is gebaseerd op een keuze van onderdelen uit de toen beschreven projecten in binnen- en buitenland. Op deze wijze is een grootste gemene deler ontstaan welke vervolgens op onderdelen is uitgebreid of aangepast. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een evaluatie welke qua inhoud veel kenmerken heeft van het model voor uitkomstmaten van gezondheidsbevordering (IUHPE, 1999) en veel aspecten herbergt van de aandachtspunten die de werkgroep van de WHO (WHO, 2001) beschrijft. De resultaten uit de evaluatie van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' zijn daarom goed te plaatsen naast resultaten van andere projecten.

Aan de evaluatie in het project is structuur gegeven door gebruikmaking van het 10-fasenmodel. Dit model dat ontwikkeld is om de uitvoering van het project in Drenthe te plannen, maakte het mogelijk dat ervaringen van het project gestructureerd beschreven konden worden. Door te werken met het 10-fasenmodel werden gedurende het project de participanten op de hoogte gehouden van ontwikkelingen, onder andere via terugkoppeling van resultaten uit de tussentijdse evaluaties. Het model zou van toepassing kunnen zijn bij uitvoering van andere projecten.

In het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is gepoogd om een eenvoudige productmaat te zoeken waarmee de resultaten op het terrein van gedragsverandering in kaart werd gebracht. Hiervoor is een model uit de sociale marketing theorie gebruikt (Tones, 1999). In dit model werden de gegevens over kennis, attitude, intentie en gedrag per risicofactor gecombineerd. Door de afzonderlijke fasen van het model samen te nemen, wordt de invloed van het project in één maat uitgedrukt. Uit de resultaten is gebleken dat deze maat goed vergelijkbaar is met de resultaten van de afzonderlijke uitkomsten van de factoren. Dit model lijkt dus goed toepasbaar te zijn bij het vereenvoudigen van uitkomstmaten van effecten van community-based interventies.

8.3.3 Toekomstige aanpak

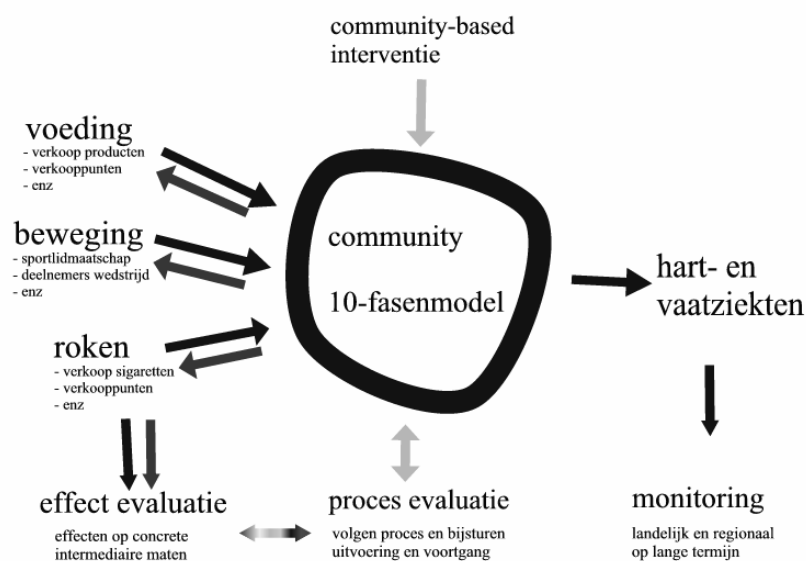
Het gebruik van een epidemiologische maat, zoals morbiditeit en mortaliteit, is géén goede methode voor evaluatie van gezondheidsbevordering. Deze informatie vormt juist de aanleiding voor gezondheidsbevordering (Tones, 1999). Het onderzoeken van veranderingen van intermediaire gezondheidsmaten is daarom vereist. Bij de verschillende interventies worden meerdere methodieken van evaluatieonderzoek toegepast. Vergelijkingen tussen uitgevoerde interventies en effectevaluaties is daarom vaak niet mogelijk. Om inzicht te krijgen in community-

based projecten moet meer gebruik worden gemaakt van min of meer vergelijkbare onderzoeksmethoden. Zowel nationaal als internationaal zou betere afstemming moeten bestaan. Alleen zo kan door het vergelijken van resultaten via meta-analyses vooruitgang worden geboekt. Dit vereist het opstellen van een algemeen aanvaard basismodel (of verschillende modules) voor de evaluatie van community-based preventie en gezondheidsbevordering. Op basis van de ervaring met het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' (De Vries e.a., 1994, 1995, 1997, 2000; Van Dijk en De Vries, 1996) en de beschikbare literatuur kunnen de volgende aspecten van evaluatieonderzoek worden genoemd welke in ieder geval onderdeel zouden moeten uitmaken van het onderzoek (Wallerstein, 1992; Nutbeam, 1993; Young, 1996; Gillies, 1998; Goodman, 1998; Nutbeam, 1998; Campbell 2000; Berkowitz 2001; VTV, 2002). Evaluatie moet:

- assessment van de theorieën van het programma bevatten;
- aansluiten op en passen bij de community, net zoals de interventie;
- geleid worden door vragen die aan de orde zijn (meerdere disciplines en methoden);
- gebaseerd zijn op informatie vanuit de community;
- lokale stakeholders van betekenis betrekken (bevolking, bedrijven, professionals, gezondheidszorg, overheid);
- multidisciplinair van karakter zijn;
- aandacht hebben voor specifieke doelgroepen, ook voor personen die wel of niet bereikt zijn door de interventie;
- een maat bevatten voor empowerment;
- planmatig worden uitgevoerd.

Het nadeel van bovengenoemde aanpak is dat dit niet direct bruikbare gegevens over effectiviteit van community-based interventies oplevert. Eerst zal enkele jaren nader onderzoek moeten plaats vinden, op vergelijkbare wijze, alvorens meer gezegd kan worden over de methode van evaluatie en de effectiviteit van de interventie. Als alternatief van de genoemde aanpak kan een andere benadering overwogen worden, welke direct toepasbare, concrete resultaten kan opleveren en veel van de eerder genoemde nadelen van de tot op heden toegepaste onderzoeksdesigns niet heeft. In plaats van de vergelijking van individuele intermediaire maten op het vlak van gedragsverandering tussen regio's, kan wellicht beter een methode gericht op monitoring van een andere type intermediaire uitkomstmaat toegepast worden (Nutbeam, 1993; Berkowitz 2001). Door bijvoorbeeld het monitoren van de verkoop van sigaretten in een regio of dorp of de verkoop van gezonde en ongezonde producten kan een concrete intermediaire community maat verkregen worden van de effecten van een uitgevoerde interventie. Op deze wijze kan de eerder beschreven problematiek bij het evalueren van gedragsverandering omzeild worden. In de commerciële sectoren wordt bij meting van effectiviteit van marketingstrategieën een dergelijke aanpak al veel langer gehanteerd. Wellicht dat binnen de gezondheidsbevordering kan worden geleerd van de ervaringen uit de commerciële verkoopstrategieën.

In figuur 8.1 wordt een praktisch en gemakkelijk toepasbaar model weergegeven voor de evaluatie van community-based interventies. In het model worden aan de linkerkant, links van de community, (als voorbeeld) een drietal factoren aangegeven waarop de interventie is gericht, in dit geval voeding, beweging en roken. Deze factoren beïnvloeden de community door bijvoorbeeld instroom, verkoop en gebruik van de factoren. Uit de theorie is bekend dat deze factoren in zeer belangrijke mate bijdragen aan hart- en vaatziekten. De invloed van de factoren op de community heeft daarmee dus ook effect op de mate van het voorkomen van hart- en vaatziekten. De invloed van overige factoren wordt in dit model buiten beschouwing gelaten. Het interventieproject beïnvloedt de community en wordt uitgevoerd via het 10-fasenmodel. In geval van succes zal de interventie invloed hebben op de instroom, verkoop en gebruik van de factoren. Om de effecten en de invloed van de interventie te meten wordt in de effectevaluatie alleen naar de concreet te meten aspecten van de factoren gekeken, zoals de verkoop van de producten (risicofactoren), lidmaatschap sportclub, aantal verkooppunten, en dergelijke. Daarnaast kan een procesevaluatie worden uitgevoerd; deze is echter in hoofdzaak gericht op de procesmatige kant van de uitvoering van de interventie: samenwerking, participatie, uitgevoerde activiteiten, enzovoort. Deze procesevaluatie is voornamelijk bedoeld om de interventie zo efficiënt mogelijk uit te kunnen voeren en af te stemmen op de wensen en ideeën van de community. In de procesevaluatie kan gebruik gemaakt worden van informatie uit de effectmeting. Als derde maat kan het landelijk en regionaal monitoren op de uiteindelijke uitkomstmaat over een langere periode inzicht geven in de effecten op de uiteindelijke gezondheidsmaat.



Figuur 8.1 Model voor evaluatie van community-based interventies

8.4 Het gebruik van community-based projecten bij collectieve preventie

Uit voorgaande paragrafen is gebleken dat community-based preventie met succes toegepast kan worden bij het opzetten en uitvoeren van interventies gericht op het promoten van een gezonde leefstijl. Veel mensen vinden de werkwijze aantrekkelijk en dragen graag hun steentje bij. Wat betreft de effecten op het terrein van de bevordering van de gezondheid van de bevolking zijn de resultaten minder gunstig. Op deelonderwerpen of bij specifieke doelgroepen zijn gunstige resultaten gevonden. Als naar de gehele community wordt gekeken zijn er op langere termijn geen gunstige resultaten aangetoond. Gezien de aantrekkelijkheid van de interventiemethode ligt het voor de hand deze vaker in te zetten bij preventie en andere interventies. Tevens zal de methodiek van evaluatie ontwikkeld moeten worden, zodat op termijn meer inzicht kan ontstaan in de effectiviteit van community-based interventies en de meest optimale toepassing van deze aanpak.

In Nederland is momenteel veel aandacht voor preventie en de openbare gezondheidszorg. In 2002 heeft het RIVM de volksgezondheidstoekomstverkenning uitgebracht (VTV, 2002). Uit deze verkenning komt een groot aantal bevindingen naar voren die liggen op het terrein van de preventie. Met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag, zou een aanzienlijke gezondheidswinst te boeken zijn. Verder geeft de VTV aan dat bij preventie vaker gebruik gemaakt moet worden van wijkgerichte benadering en community-based interventies, waarbij tevens meer structuur en continuïteit gewaarborgd moeten worden. In het huidige preventiebeleid van de Rijksoverheid zijn de belangrijkste punten uit de VTV overgenomen (VWS, 2003). Er is prioriteit gegeven aan gezondheidsvoorlichting gericht op de BRAVO thema's (meer Bewegen, niet Roken, minder Alcohol, gezondere Voeding, veilig Vrijen, Veiligheid in en om het huis en voldoende Ontspanning). Ook zou bij preventie vaker gebruik moeten worden gemaakt van een wijkgerichte aanpak (VWS, 2002). Uit onderzoek naar het gemeentelijk gezondheidsbeleid komt naar voren dat gemeenten wel actief zijn op het terrein van preventie, maar dat er witte vlekken bestaan in het beleid ten aanzien van gedrag en leefstijlfactoren (Van Dijk, 2003). Verder zou het goed zijn indien vaker over de grenzen van de eigen sector zou worden gekeken. Facetbeleid en intersectoraal werken hebben meerwaarde en bieden een grotere kans op succes (Van Dijk, 2001). Gezondheidsbevordering omvat een duurzame combinatie van informatie, voorlichting en maatregelen. Een combinatie van de verschillende aspecten is het meest effectief. Meer investeren in preventie is daarmee niet alleen meer investeren in campagnes en innovatieve voorlichtingsstrategieën, maar ook investeren in lokale netwerken en partijen die eveneens door beleid en ondersteuning kunnen bijdragen aan het stimuleren van gezond gedrag (Jas, 2002). Daarnaast is ook de combinatie met regel- en wetgeving van belang (VTV, 2002).

De afgelopen jaren is een aantal stappen gezet om meer structuur aan de collectieve preventie te geven en binnen de openbare gezondheidszorg tot een

betere samenwerking te komen. Eén van de aanbevelingen van de commissie Lemstra (Commissie Versterking Collectieve Preventie, 1996) was de gemeenten te verplichten eens per vier jaar een nota Lokaal Gezondheidsbeleid op te stellen. Verder is naar aanleiding van de bevindingen van de commissie het actieprogramma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' gestart. Een van de resultaten hiervan is de ondertekening van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg in 2001 door de ministers van VWS en van BZK, en de voorzitters van de VNG en GGD Nederland. In het kader van dit contract is een aantal projecten gestart, onder andere het project 'Landelijke monitor volksgezondheid'. Met behulp van deze monitor kan op structurele wijze continu inzicht in de gezondheidssituatie worden verkregen. Daarnaast zijn op tal van andere onderwerpen binnen de openbare gezondheidszorg vernieuwende projecten ingezet.

Uit dit onderzoek blijkt dat het community-based interventiemodel een geschikte methode is om aandacht te geven aan de verbetering van de gezondheid van de lokale bevolking. Community-based projecten sluiten goed aan bij de wensen van de omgeving, gemeente, partnerorganisaties en doelgroep. De methode is in feite niet nieuw, maar bestaat uit het toepassen van verschillende methoden en omvat daarmee een brede aanpak. Er wordt gebruik gemaakt van GVO voorlichtingsstrategieën, sociale marketing, opbouwwerk en inbedding in sociale structuur. De ervaring heeft geleerd dat projecten die in samenwerking en samenspraak met de doelgroep zijn opgezet tot betere resultaten leiden. Belangrijke sleutelwoorden voor de moderne gezondheidsbevordering lijken daarmee te zijn:

- meer aandacht voor preventie, vooral de bevordering van gezond gedrag;
- vaker en beter gebruik maken van community-aanpak;
- binnen gemeente en regio meer intersectoraal werken.

Daarnaast komt uit de ervaringen met het project in Zuidoost-Drenthe een aantal belangrijke (rand)voorwaarden voor de uitvoering naar voren. Dit zijn integratie, continuïteit, inbedding en financiering. De interventie en de verschillende projectactiviteiten zouden zonder onderbreking moeten worden uitgevoerd. Er dient daarom nauw aangesloten te worden bij bestaande structuren in de community. Zo kan optimaal de kennis en ervaring benut worden. Verder moet tijdig aandacht bestaan voor inbedding van de ontstane structuur in de community. Persoonsgebonden benadering en voorlichting alleen is niet voldoende. De preventieboodschap moet voldoende ondersteund worden door de fysieke en sociale omgeving (VTV, 2002). Dit sluit nauw aan bij het Health Field concept van Lalonde (Lalonde, 1974). De interventie moet zich niet beperken tot een onderdeel van de community, maar moet gericht zijn op alle facetten ervan. Zo moet de interventie bijvoorbeeld niet alleen gericht zijn op een rookvrije school, maar ook aandacht hebben voor een rookvrije omgeving, goed kantinebeleid, de werkplek en ook gericht zijn op andere sectoren in de community. Het opstellen

van landelijke kaders voor preventie zou kunnen helpen, evenals een landelijke aanpak van de communicatie van de algemene preventieboodschap. Regionaal zou dan in een community-based interventie, samen met de bevolking en alle sectoren, gewerkt kunnen worden aan het verwezenlijken van de praktische en optimale mogelijkheden om het gewenste gedrag over te nemen. Zo ontstaat een volledige vorm van intersectoraal en facetbeleid en kan dat gemakkelijk structureel ingebed worden.

Preventieve inspanningen leveren pas na enige tijd winst op. Een lange termijn visie is daarom noodzakelijk. In de dagelijkse praktijk levert dit problemen op. De gemeentelijke politiek en de wethouders kijken vaak niet verder vooruit dan vier jaar en willen binnen deze periode resultaten zien. In geval van preventie en implementatie van gedragsverandering is dat meestal te kort. Financiering van preventieprojecten voor een langere periode is dus nodig. Het opstellen van landelijk beleid door het ministerie van VWS zou bij kunnen dragen aan prioritering binnen gemeenten en de totstandkoming van langer durende of structurele preventie in de gemeente bevorderen.

Tot slot is het van wezenlijk belang het succes van preventie aan te tonen en de successen breed te benoemen. Niet alleen wordt relatief weinig geld in evaluatie gestoken, ook de kwaliteit van de evaluaties is dusdanig dat er tot op heden geen waardevolle resultaten zijn.

8.5 Slot

In deze studie is onderzoek gedaan naar de uitvoering en de resultaten van een community-based interventieprogramma gericht op het verbeteren van gezondheidsgedrag. De resultaten laten zien dat de uitvoerders en de betrokkenen bij het project enthousiast zijn over de inspanningen en de uitgevoerde activiteiten. Toch zijn er geen betekenisvolle blijvende effecten op gedrag aangetoond. Vergelijking van de resultaten van het project in Zuidoost-Drenthe met die van andere projecten in binnen- en buitenland toont aan dat ook bij de andere projecten vergelijkbare resultaten gevonden worden. De methode bevalt goed, er worden veel activiteiten uitgevoerd, relatief gemakkelijk raakt de bevolking en de community bij de interventie betrokken. Als de resultaten van effectevaluaties worden beschouwd is de vraag gerechtvaardigd of deze vorm van gezondheidsvoorlichting niet werkt of dat de methode waarmee de resultaten van deze interventie worden gemeten niet adequaat is.

Gezien deze bevindingen ligt het voor de hand om te stellen dat de methode van evaluatie niet de geëigende is. Op onderdelen zijn de interventieprojecten succesvol. Als naar de effecten op korte termijn en naar specifieke groepen wordt gekeken zijn er wel degelijk resultaten.

De interventiemethode is relatief nieuw binnen de gezondheidsbevordering. Het is nog maar enkele decennia geleden dat de eerste community-based projecten werden uitgevoerd. Effectonderzoeken zijn tot op heden met een op individuele basis gestoelde methode uitgevoerd. Community-based programma's vragen echter een andere, bredere, aanpak van effectonderzoek. Niet alleen de veranderingen bij het individu, maar ook de veranderingen binnen de complexe community spelen een rol. Bij de evaluatie spelen daarom ook andere aspecten en andere professionals een rol. De methodiek van de interventie en van de evaluatie passen daarmee goed bij de gedachten over het Health Field concept van Lalonde; preventie werkt alleen indien wordt voldaan aan een integraal, facet- en samenhangend beleid. Landelijke kaders, financiering en continuïteit kunnen hierbij helpen.

Door de rijksoverheid wordt gesteld dat het belangrijk is meer aandacht te geven aan de verbetering van leefgewoonten. Met preventie kan een grote gezondheidswinst worden geboekt. Het is daarom van belang dat de investering in de openbare gezondheidszorg gecontinueerd wordt. In 1998 is een ander uitgebreid community-based project in Limburg gestart. Uitkomsten van dat project zullen verder bij kunnen dragen aan inzicht in de effectiviteit van community-based interventies. Resultaten uit de eerste evaluatie van het project na tweeëneenhalf jaar zijn echter opnieuw vergelijkbaar met die van het project in Zuidoost-Drenthe en andere binnen- en buitenlandse projecten (Ronda, 2003). De ervaring met de werkmethode is positief, maar effecten op gedrag en leefstijl zijn vrijwel niet gevonden of aan te tonen.

9 Aanbevelingen

Op basis van de ervaring met het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is een aantal aanbevelingen opgesteld voor het werken met de community-based methodiek in de lokale praktijk. In dit hoofdstuk wordt op deze aanbevelingen ingegaan.

9.1 Toepassing van de community-based interventie bij preventie

Beschrijving van evaluaties van community-based interventies in Nederland en andere landen laat zien dat er met deze strategie slechts geringe resultaten zijn geboekt op het terrein van gedragsverandering. Veel projecten hebben alleen op enkele onderdelen of alleen bij specifieke subgroepen in de community gunstige effecten. Wel is gebleken dat de community-based interventiemethode in de uitvoering en de praktijk zeer goed bevalt. Het is met deze werkwijze relatief gemakkelijk de interventie aan te laten sluiten bij de wensen, behoeften en problematiek van de community. Tevens slagen de meeste projecten er goed in voldoende betrokkenheid van de community te bereiken. Vooral met het instellen van gemeentelijke groepen ontstaat betrokkenheid van de bevolking en professionals en wordt bijgedragen aan de uitvoering van veel activiteiten. Gezien deze ervaring met de methodiek is het aanbevelenswaardig, indien geen andere bewezen effectieve preventiemethoden voor handen zijn, de community-based interventie te verkiezen boven andere strategieën.

Bij de voorbereiding en uitvoering van projecten zou het 10-fasenmodel gehanteerd kunnen worden. Het is een geschikt model op basis waarvan community-based interventies opgesteld, uitgevoerd en geëvalueerd kunnen worden. Bij de opzet van de interventie dienen de algemene kenmerken van goede community-based interventies in acht te worden genomen, te weten:

- hanteer het Health Field Concept van Lalonde als uitgangspunt;
- zorg voor voldoende participatie van de doelgroep bij alle fasen van de interventie;
- werk intersectoraal en multidisciplinair, betrek ook andere sectoren en professionals;
- zorg voor voldoende empowerment, geef personen mogelijkheden invloed uit te oefenen;
- werk met de multi-strategie, pas verschillende aanpakken toe;
- draag zorg voor tijdige inbedding van de ontwikkelde activiteiten;
- zet een gedegen evaluatie op.

Daarnaast speelt in de praktijk van community-based interventies een groot aantal factoren een rol, waar zeker bij de voorbereiding en uitvoering aandacht aan moet worden besteed. De belangrijkste aandachtspunten hierbij zijn:

- stel duidelijke doelen en maak afspraken met alle betrokkenen, leg deze vast;
- ken de gemeentelijke beleidscyclus, zodat plannen op het juiste moment worden ingebracht;
- denk aan terugkoppeling en commitment;
- start tijdig met implementatie en verankering;
- maak afspraken over (duur van) financiering;
- pas op voor valkuilen, zoals culturele barrières (bijvoorbeeld het niet goed inspelen op afwijkende procedures bij betrokken organisaties).

9.2 Intersectorale gemeentelijke groepen

Samenwerking met diverse sectoren en de bevolking, en hen daarmee mede verantwoordelijk te maken en te betrekken bij de bevordering van een gezonde leefstijl, kan zeer goed worden vormgegeven via de instelling van intersectorale gemeentelijke groepen. In de samenstelling van deze groepen kan onderscheid gemaakt worden naar vertegenwoordigers van professionele organisaties, vrijwilligersorganisaties en de niet georganiseerde bevolking. Erg belangrijk is continuïteit. Bij het werken met gemeentelijke groepen moet daarom voldoende aandacht besteed worden aan randvoorwaarden en factoren die bijdragen aan die continuïteit. De volgende randvoorwaarden voor het functioneren van gemeentelijke groepen zijn essentieel en dienen onderdeel uit te maken van het uitvoeringsplan:

- doel en duur van de interventie;
- keuze in grootte van de eenheid van de community (wijk versus regio);
- gemeentelijke betrokkenheid;
- verantwoordelijke trekker;
- budget;
- ondersteuning door de gemeente;
- toegang tot kennis over gezondheidsvoorlichting;
- informatie over concrete resultaten;
- continue aanpassing / bijsturing project.

9.3 Samenhangend kader van lokaal en nationaal beleid

In Nederland worden door meerdere instanties, op lokaal en nationaal niveau, verschillende interventies uitgevoerd gericht op de gezondheidsbevordering. Net als bij lokale community-based interventies ligt het voor de hand de krachten te bundelen en een samenhangend landelijk en regionaal 'community'-based beleid

te ontwikkelen, vergelijkbaar met de uitgangspunten voor een lokaal community-based project.

Uitvoering en waarborging voor continuïteit van initiatieven voor gezondheidsbevordering op lokaal niveau zijn vaak afhankelijk van gemeentelijke ondersteuning en beleidskeuzes hierin. In de praktijk blijkt dat vanwege gemeentelijke verkiezingen en de daarmee gepaard gaande wijziging in portefeuillevreiding van wethouders, het gemeentelijk beleid (te) snel verandert. Aangezien betrokkenheid van de community en de uiteindelijke implementatie van de ontwikkelde activiteiten vaak een langere duur kent, komt het voor dat nog voordat positieve resultaten geboekt kunnen worden het gemeentelijk beleid wordt gewijzigd.

Bij lokale interventies zou vaker aansluiting gezocht moeten worden bij nationale beleidskeuzes, en deze zouden onderdeel kunnen gaan uitmaken van het beleid van de gemeente, bij voorkeur vastgelegd in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Het is daarnaast verstandig samenhang te creëren met beleidsprioriteiten van andere organisaties binnen de openbare gezondheidszorg en curatieve zorg in de regio. Deze aansluiting van lokale en regionale beleidsprioriteiten op landelijke prioriteiten en inbedding in het lokale beleid zou bij kunnen dragen aan structurele financiering en continuïteit in randvoorwaarden voor lokale interventies.

9.4 Evaluatie van community-based preventie

Ten aanzien van evaluatie bestaan meer verschillen van opvatting dan over de aanpak van de interventiestrategie. De tegenstelling tussen onderzoekers, waarvan het ene deel meer gericht is op de 'harde', meer getalsmatige benadering en het andere dat deel meer voor het kwalitatief onderzoek opteert is groot. De laatste jaren is een tendens waar te nemen in de richting van de gulden middenweg. Veel onderzoekers pleiten voor 'triangulatie', oftewel het uitvoeren van meerdere onderzoeken gebaseerd op verschillende theorieën. De vraag is echter of dit de juiste weg is, immers de vraag lijkt gerechtvaardigd of twee of meer niet-effectieve onderzoeken meer informatie opleveren dan één niet-effectief onderzoek. Om inzicht te kunnen krijgen in de mogelijke effecten van community-based interventies wordt daarom aanbevolen op de korte termijn een nieuw model voor evaluatie toe te passen en op de langere termijn tot afstemming van theorieën te komen en een definitief model voor evaluatie van community-based projecten te ontwerpen.

9.4.1 Korte termijn: nieuw model voor evaluatie community-based interventie

Aangezien het niet mogelijk is om de uiteindelijke gezondheidsmaten te gebruiken (bijvoorbeeld verandering van de prevalentie van hart- en vaatziekten zal meerdere jaren op zich laten wachten) worden intermediaire maten gebruikt. Tot

op heden wordt over het algemeen bij individuen in de community gedragsverandering gemeten. Echter, de hiervoor vaak gebruikte voorlichtingsmodellen zijn een vereenvoudiging van de complexe werkelijkheid en zijn tevens aan verandering onderhevig. Daarnaast blijken deze maten lastig eenduidig te operationaliseren te zijn. Voor community-based interventies is het gewenst inzicht te hebben in concrete effecten op korte en lange termijn. Er zou daarom gezocht moeten worden naar concrete maten welke op eenduidige wijze gemeten kunnen worden. Daarbij kan gedacht worden aan meer op de community-gerichte maten, zoals het aantal verkochte sigaretten in de community, de verschuiving in de omvang van verkochte gezonde en ongezonde producten, het aantal leden van sportverenigingen, enzovoort. Deze maten zeggen direct iets over de community en kennen niet de problematiek van de individuele metingen gericht op fasen van gedragsverandering.

Naast het meten van effecten is een gestructureerde procesevaluatie waarbij de community nauw wordt betrokken van belang. De procesevaluatie is met name van nut om de uitvoering van het project bij te sturen en betrokkenen te informeren over de voortgang en zodoende geïnteresseerd te houden.

Door landelijke en regionale monitoring kan op langere termijn inzicht worden verkregen in het verloop van de incidentie van de uiteindelijke gezondheidsmaat. De hierboven geschetste benadering is direct toepasbaar, draagt bij aan het verkrijgen van concrete resultaten over mogelijke resultaten van community-based interventies en kent veel van de eerder beschreven nadelen van de tot op heden toegepaste methodieken niet.

9.4.2 Langere termijn: afstemming theorieën en ontwikkelen definitief plan voor evaluaties

Tot op heden zijn door onderzoekers in de verschillende evaluaties van community-based interventies meerdere methodieken toegepast. Dit maakt vergelijking tussen de interventies en effectevaluaties daarom vaak niet mogelijk. Om beter inzicht te krijgen in resultaten van community-based projecten moet zowel nationaal als internationaal betere afstemming komen. De komende jaren zal gewerkt moeten worden aan de opstelling van een algemeen aanvaard basismodel (of verschillende modules) voor de evaluatie van community-based preventie en gezondheidsbevordering.

Er zou nader gekeken moeten worden naar de mogelijkheden van de RCT of CIT. Hierbij geldt dat de RCT alleen, of hiervan afgeleide designs, niet voldoende zijn om inzicht te geven in de effectiviteit van het community-based project of het proces dat in de community plaatsvindt. Diverse partijen en instellingen spelen een rol en dragen bij aan de ontwikkelingen, een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek zal daarom nodig zijn. De WHO heeft in haar publicatie in 1999 hiertoe een eerste stap toe gezet. Ook het onderzoek in Zuidoost-Drenthe heeft een aantal uitgangspunten opgeleverd welke de ontwikkeling van een basismodel voor evaluatie kunnen onderbouwen.

Literatuur

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting Social Behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Alting, D.E.M., & Bouwens, J.G.M., & Keijsers, J.F.E.M. (2003). Het evalueren van community interventies. Resultaten en conclusies van een reviewstudie naar onderzoeksmethoden en meetinstrumenten. NIGZ/ Centrum voor review & implementatie, Woerden.
- Assema, P. van (1993). The development, implementation and evaluation of a community health project. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Assema, P. van & Steenbakkens, M. (1990). Werkboek gezondheidsproject voor de gemeente Bergeyk; ideeën en richtlijnen voor gezondheidsactiviteiten die door inwoners zelf kunnen worden opgezet. Maastricht: Vakgroep GVO, Rijksuniversiteit Limburg.
- Assema, P. van, Steenbakkens, M. & Kok, G. (1991). Het lokale gezondheidsproject 'Gezond Bergeyk'; een beschrijving van de projectactiviteiten en een verslag van de resultaten van de procesevaluatie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Assema, P. van & Willemsen, M. (1993). Community-projecten. In: Damoiseaux, V., Molen, H.T. van der, Kok, G.J. (red.) Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Van Gorcum.
- Astrand, P.O. & Rodahl, K. (1986). Textbook of work physiological bases of exercise New York: Mc Graw-Hill.
- Baecke, J.A.H. (1992). GGD en preventie. In: Veen, W.A. van, Verkleij, H. & Cliné, F. (red.). Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A cognitive theory. New Jersey: Prentice Hall.
- Baxter, T., Milner, P., Wilson, K., Leaf, M., Nicholl, J., Freeman, J. and Cooper, N. (1997). A cost effective, community based heart health promotion project in England: prospective comparative study.
- Berkowitz, B. (2001). Studying the outcomes of community-based coalitions. American Journal of community psychology, 29, 213-227.
- Berlin, J.A. & Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. Am J Epidemiol, 132, 612-28.

- Bijnen, F.C.H. (1990). Lichamelijke inactiviteit. Risicofactor voor hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Bos, C.A. (1992). Gezondheidsenquête 1991, een onderzoek naar de gezondheidssituatie van de bevolking van Zuidwest-Drenthe; eerste globale beschrijving van de onderzoeksresultaten. Hoogeveen: GGD Zuidwest-Drenthe.
- Bracht, N. & Kingsbury, L. (1990). Community Organization Principles in Health Promotion, a Five-Stage Model. In: Bracht, N. (ed.). Health promotion at the community level. Newbury Paris: Sage.
- Bracht, N. (1999). Health Promotion at the community level, 2: New Advances. California: Sage.
- Broekman, H. (1991). Opbouwwerk methoden, technieken en terreinen. Den Haag: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Brouwer, R. (1992). Meer weten over de wijk: onderzoek bij lokale gezondheidsbevordering. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Bruin, K.M. de, Jansen, J. & Verkleij, H. (1995). Leefstijlfactoren en chronische ziek(t)en; naar een integratieve preventie-strategie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Rapportnummer: 442003010).
- Buitenhuis, M.L. (1993). Projectmatig werken. Een handreiking voor het opzetten van preventieprojecten in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Landelijk Centrum GVO.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321,694-6.
- Carleton, R.A., Lasater, T.M., Assaf, A.R., Feldman, H.A., McKinay, S. and the Pawtucket Heart Health Program Writing Group. *Am J of Public Health*, 85,777-785.
- Carlaw, R.W., Mittelmark, M.B., Bracht, N. and Luepker, R. (1984). Organization for a community cardiovascular health program: Experiences from the Minnesota Heart Health Program. *Health Education Quarterly*, 11,243-252.
- Cauter, F. de (1990) Methodiek van preventieve projectwerking. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Cliné, F. & Smid, H.J. (1992). Overheidsbeleid en de preventie van hart- en vaatziekten. In: Veen, W.A. van, Verkleij, H. & Cliné, F. (reds.). Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Commissie Versterking Collectieve Preventie (1996). Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats. s.l..

- Cosijn, J. (1992). Het gezonde steden project, achtergronden en praktijk. Assen: Van Gorcum, Steunpunt Netwerk Gezonde Steden.
- Cremers, S. & Assema, P. van (1993). Evaluatie-onderzoek rondleiding in de supermarkt door de diëtist. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep GVO.
- Cutler J.A., Grandits, G.A., Grimm, R.H., Thomas, H.E., Billings, J.H. and Wright, N.H. (1991). Risk Factor changes after cessation of intervention in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Preventive Medicine*, 20,183-196.
- Damoiseaux, V. (1990). Gezondheidsvoorlichting. In: Gent, B. van & Kautus, J. (red). Voorlichting: theorieën werkwijzen en terreinen
- Damoiseaux, V. (1991). Listen, lusten en lasten van massamediale voorlichting. De planning van publieksgerichte interventies. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Damoiseaux, V., Molen, van der H.T. en Kok, G.J. (1993). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen: Van Gorcum.
- Damoiseaux, V., Gerards, F.M., Kok, G.J. & Nijhuis, F. (1987). Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. van analyse tot effecten. Assen: Van Gorcum.
- Dijk, J.P. van (1992). Agendavorming met betrekking tot sociaal-economische gezondheidsverschillen. Groningen: Vakgroep Sociale Geneeskunde en Epidemiologie.
- Dijk, J.P. van (2001). Gemeentelijk gezondheidsbeleid. Omvang en doelgerichtheid. Groningen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W., Herweijer, M. & Post D. (2003). Omvang van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. *TSG*, 81,103-107.
- Ebrahim, S. & Smith, G.D. (1997). Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ*, 314,1666.
- Farquhar, J. (1978). The community-based model of lifestyle intervention trials. *Am J Epidemiol*, 108,103-111.
- Farquhar, J.W., Maccoby, N. and Wood, P.D. (1979). Community education for cardiovascular health. *Lancet*, 1,1192-1195.
- Feen-de Lille, J.C.J.F. van der (1990). Supermarktvoorlichting, Deel 1: Mogelijkheden en onmogelijkheden om de vetboodschap via de supermarkt uit te dragen. Rapportnummer V90-192. Zeist: CIVO-TNO.
- Feen-de Lille, J.C.J.F. van der (1991). Interim rapportage evaluatie onderzoek landelijke 'let op vet campagne 19, rapportnr. V 91.272. Zeist: CIVO - TNO

- Fincham, S. (1992). Community health promotion programs. *Social Science and Medicine*, 35,3,239-249.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison en Wesley.
- Flay, B.R. (1981). On improving the chances of mass media health promotion programs causing meaningful changes in behavior. In: Meyer, M. (Ed.), *Health education by television and radio*. München: Saur.
- Fortmann, S.P. & Varady, A.N. (2000). Effects of a community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality. *Am J Epidemiol*, 152,316-23.
- Fortmann, S.P., Flora, J.A., Winkleby, M.A., Schooler, C., Taylor, C.B. and Farquhar, J.W. (1995) Community intervention trials: reflections on the Stanford five-city project experience. *Am J Epidemiol*, 142,576-586.
- Fortmann, S., Williams, P. & Hulley, S. (1981). Effect of health education on dietary behavior: The Stanford Three Community Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34,2030-2038.
- Gezondheidsraad (1984). *Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten*.
- Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13,99-120.
- Glanz, K. & Mullis, R.M. (1988). Environmental Interventions to Promote Healthy Eating. A Review of Models, Programs, and Evidence. *Health Education Quarterly*, 15,4,395-415.
- Goodman, R.M. (1998). Principles and tools for evaluating community-based prevention and health promotion programs. *Journal of Public Health Management Practice*, 4,37-47.
- Gray, B. (1985). Conditions facilitating Inter-organizational Collaboration. *Human Relations*, 38,10,911-36.
- Green, L.W. & Kreuter, M.M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View: Mayfield.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1993). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Palo Alto: Mayfield Publishing Company.
- Green, L., Daniel, M. & Novick, L. (2001). Partnerships and coalitions for community-based research. *Public Health Reports*, 116,20-31.
- Haes de, W.F.M., Voorham, A.J.J. & Mackenbach, J.P. (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Opzet, uitgangspunten en beschrijving van het proces. *TSG*, 80,425-30.

- Hardeman, W., Riedstra, M., Aarnink, E.J.M., Pruym, J.F.A. (1993). De effecten van de Let op Vet campagne in Alkmaar. Zeist: TNO-Voeding (Rapport V93-300).
- Havicht, J.P., Victora, C.G. & Vaughan, J.P. (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 28,10-18.
- Heymann, F.V. (1988). Voorlichting aan individu en groep: een handleiding voor gespreksvoering. Muiderberg: Coutinho.
- Hjermann, I., Holme, I., Vetve Byre, K. & Leren, P. (1981). Effect of diet and smoking intervention the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomized trial in healthy men. *Lancet*, 2,1303-1310.
- Hueben, F. & Leeuw, E. de (1991). Intersectorale samenwerking; de theorie en de praktijk. In: Leeuw, de E. (red). *Gezonde steden; lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Ijtsma, R.B. & Timmer, I.H. (1992). De vetboodschap in de supermarkt. Supermarktvoorlichting bij de Boer supermarkten in de regio Zuidoost-Drenthe. Groningen: Hanzehogeschool.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1995). Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie. Rijswijk.
- IUHPE (2000) The evidence of health promotion effectiveness, shaping public health in a ew Europe. Part I and II. International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxembourg.
- Jacobs, D.R., Luepker, R.V., Mittelmarm, M.B., Folsom, A.R., Pirie, P.L., Mascioli, S.R., Hannah, P.J., Pechachek, T.F., Bracht, N.F., Carlaw, R.W., Kline, F.G. & Blackburn, H. (1986). Community-wide prevention strategies: Evaluation design of the Minnesota Heart health Program. *Journal of Chronic Diseases*, 39,775-788.
- James, W.P.T. (1988). Healthy nutrition: preventing nutrition-related diseases in Europe. WHO Regional Publications, European Series, no.24.
- Jansen, J. (1992). Hart- en vaatziekten in Nederland. Ontwikkelingen en preventiemogelijkheden. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Jansen, J., Kromhout, D. & Verkleij, H. (1992). Epidemiologische aspecten van hart en vaatziekten. In: *Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Jansen, J., Kromhout, D. & Verkleij, H. (1992). Internationale ontwikkelingen. *Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

- Jansen, J., Kromhout, D. & Verkleij, H. (1992). Voeding en risicofactoren van hart- en vaatziekten. Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Jansen, M.C.J.F., Dis, S.J. van & Kok F.J. (1996). Landelijk enquête-onderzoek leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Den Haag: Landbouwwuniversiteit Wageningen/Nederlandse Hartstichting.
- Jeffery, R.W. (1995). Community programs for obesity prevention: The Minnesota Heart Health Program. *Obesity Research*, 3,283-288.
- Jonkers, R., Haes, W.F.M. de, Kok, G.J., Liedekerken, P.C. & Saan, J.A.M. (1988). Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting- en opvoeding. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering.
- Judd, J., Frankisch, C.J. & Moulton, G. (2001). Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. *Health Promotion International*, 16,367-380.
- Kaasjager, D.C., Maesen, L.J.S. van der & Nijhuis, H.G.J. (1988). Healthy Cities 'dageraad van een nieuwe volksgezondheid'. Rijswijk: ministerie van WVC.
- Kaasjager, D.C. en anderen (1989). In: The new Public Health in the Urban Context; Paradoxes and Solutions. WHO Healthy Cities Papers, 4.
- Kanters, H. en Liedekerken, P.C. (1989). Effectief voorlichten over gezond gedrag. Utrecht: Landelijk centrum GVO.
- Kanters, H. & Liedekerken, P.C. (1990). Pretesten van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, een handleiding voor de praktijk, Assen: van Gorcum.
- Kastelein, J.J.P., Barth, J.D. & Arentzenius, A.C. (1992). High-density lipoproteïne?. *Hart Bulletin*, 23,14-18.
- Kistemaker, C. & Löwik, M.R.H. (1991). Wat eet Nederland werkelijk? *Voeding*, 52,64-67.
- Knaap, J.G.A.M. van der (1993). Evaluatie publiekscampagne Hartentroef, 's-Hertogenbosch: GGD Stadsgewest 's-Hertogenbosch.
- Knaap, J.G.A.M. van der, Kuppeveld, P.P.M. van, Vent, T.G.M. de & Vries, M.J. de (1994). Hartstikke gezond in de regio. Draaiboek voor leefstijlactiviteiten. Utrecht: Nederlandse Hartstichting/Landelijk Instituut voor GGD'en.
- Knutsen, S.F. & Knutsen, R. (1991). The Tromso Survey: The Family Intervention Study; the effect of of intervention on some coronary risk factors and dietary habits, a 6-years follow-up. *Preventive Medicine*, 20,197-212.
- Kok, G.J. (1985). Een model van gedragsverandering via voorlichting. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40:71-76.

- Kok, G.J. (1987). Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. In: Damoiseaux, V.M.G. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, van analyse tot effecten. Assen/Maastricht: van Gorcum.
- Kok, G.J. (1992). Gezondheidsvoorlichting. Muidenberg: Coutinho.
- Kok, G.J. (1993). Over de moeilijkheid om harde uitspraken te doen over het effect van massamediale voorlichting. Tijdschrift gezondheidsbevordering, 14,120-131.
- Kok, G.J. & Jonkers, L.V.(1991). Lokale gezondheidsinitiatieven. Assen: van Gorcum.
- Krol, B. (red.) Intervenieren in de determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma. Assen: Van Gorcum.
- Kunst,A.E. & Mackenbach, J.P. (1990) Sociale ongelijkheid en hart- en vaatziekten: een literatuurstudie. Rotterdam: Erasmus universiteit
- Kwantes, J.H. & Hoogendijk, L. (1994). De Arbowet compleet. Amsterdam: Nederlands Instituut Arbeidsomstandigheden.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.
- Lalonde, M. (1986). A new perspective and control of cardiovascular diseases. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 732. Geneva: World Health Organization.
- Langen, H. (1992). Aanzet tot een actieplan voor HARTstikke goed! activiteiten t.b.v. De Boer Winkelbedrijven N.V. Assen. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.
- Law, M.R. & Wald, N.J. (2002). Risk factor thresholds: their existence under scrutiny. BMJ, 324,1570-1576.
- Leeuw, E. de (1991). Gezonde steden; lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Leeuw, E. de (1993). Gezondheidsbevordering voorbij gezondheidsvoorlichting. In: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Damoiseaux, V.M.G., Molen, H.T. van der & Kok, G.J. (red). Assen/Heerlen: Van Gorcum.
- Libby P. (1998). Atherosclerosis. Harrison's Principles of Internal Medecine. Mc Graw Hill.
- Luepker R.V., Murray, D.M., Jacobs, D.R., Mittelmark, M.B., Bracht, N., Carlaw, R. & anderen (1994). Community education for cardiovascular disease prevention: Risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. American Journal. of Public Health, 84,1383-1393.
- Maas, P.J. van der, en anderen (1989). Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu.

- Mackenbach, J.P. (1991). Waarom sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland anno 1990? In Peters, M., van Houten, M. & Joziase, N. (ed). Sociaal-economische gezondheidsverschillen en de (on)mogelijkheden voor GVO-interventie. Utrecht: Stichting Projecten VDB.
- Mackenbach, J.P. (1994). Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum.
- MacLean, D.R. (1994). Theoretical rationale of community intervention for the prevention and control of cardiovascular disease. *Health Reports*, 6,174-80.
- Mayer, J.A., Dubbert, P.M. & Elder, J.P. (1989). Promoting nutrition at the point of choice: a review. *Health Education Quarterly*, 16,1-43.
- McAlister, A., Puska, P., Salonen, J.T. & Tuomilehto, J. (1978). Theory and action for health promotion. Illustrations from the North Karelia Project. *American Journal of Public Health*, 72,43-50.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. In: Lindzey, A. and Aronson, E. (eds.) *Handbook of Social Psychology*. New York: Random House 2,233-346.
- McQueen, D.V. (2000). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*, 16,261-268.
- Meertens, R.W. & Grumbkow, J. van (1992). *Sociale psychologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Meeter, K. (1991). Preoccupatie met gezondheid van het hart, waar leidt dat toe? *Hart Bulletin*, 22,11-14.
- Ministerie van VWS (2003). *Langer gezond leven 2004 – 2007: ook een kwestie van gezond gedrag*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van WVC (1988). Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij. *Wat eet Nederland: resultaten van de voedselconsumptiepeiling 1987-1988*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Ministerie van WVC (1989). Discussienota doelgericht veranderen, ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Ministerie van WVC & WHO (1989). *Healthy cities en volksgezondheid: paradoxen en oplossingen in beleid, theorie en praktijk*. Rijswijk/Kopenhagen: Ministerie van WVC en WHO.
- Ministerie van WVC (1987). *Preventie Hart- en vaatziekten. Beleidsnota Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Ministerie van WVC (1991). *Health for all by the year 2000, rapportage Nederland*, Rijswijk: Ministerie van WVC.

- Morris, J.N. (1994). Exercise in the prevention of coronary heart disease: today's best buy in public health. *Med Sci Sports Exerc*, 26,807-14.
- Mullis, R.M., Hunt, M.K., Foster, M., Hachfeld, L., Lansing, D., Snijder, P. & Pirie, P. (1987). The Shop Smart for Your Heart Grocery Programme. *Journal of Nutrition Education*, 19,225-228.
- Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg (2001). Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkheidsrelaties, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, Vereniging Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland.
- Nederlandse Hartstichting (1986). Mogelijkheden voor preventie van hart- en vaatziekten in de jeugd: verslag van een workshop ter voorbereiding jaarthema '88 'Het jonge Hart'. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Nederlandse Hartstichting. Hart- en vaatziekten in Nederland; cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Serie jaarlijkse uitgaven 1995 – 2003. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Nederlandse Hartstichting (2000). Herziening Richtlijn Hoge Bloeddruk. Utrecht/Den Haag: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO / NHS.
- Nota 2000 (1986). Over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, Kamerstuk 19.500, nrs. 1-2.
- Nutbeam, D., Smith, C., Murphy, S. & Catford, J. (1993). Maintaining evaluation designs in long term community based health promotion programmes: Heartbeat Wales case study. *J Epidemiol Community Health*, 47,127-33.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13,27-44.
- Orlandi, M.A., Landers, C., Weston, R. & Haley, N. (1990). Diffusion of health promotion innovations. In: Glanz, K., Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Peters, L. (1999). Leefstijlfactoren en het risico op hart- en vaatziekten. Woerden: NIGZ.
- Politie Drenthe (1993). Politiebeleidsplan (1994) Emmen: Politie Drenthe, district Oost, bureau Emmen.
- Preston, M.A., Baranowski, T. & Higginbotham, J.C. (1988). Orchestrating the points of community intervention: enhancing the diffusion process. *International Quarterly of Community Health Education*, 9,11-34.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *A transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow-Jones-Irwin.

- Puska, P. (1984). Community-based prevention of cardiovascular disease: The North Karelia Project. In: Matarazzo, J.D., Herd, J.A., Miller, N.E. & Weiss, S.M. (eds.). Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention. New York: John Wiley.
- Puska, P., Koskela, K., Pakarinen, H., Puumalainen, P., Soininen, V. & Tuomilehto, J. (1976). The North Karelia Project : a programme for community control of cardiovascular diseases. *Scand J Soc Med*, 4,57-60.
- Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Salonen, J.T., Koskela, K., McAlister, A. e.a. (1985). The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health*, 6,147-193.
- Puska, P., Nissinen, A., Salonen, J.T. & Tuomilehto, J. (1983). Ten years of the North Karelia Project: results with community-based prevention of coronary heart disease. *Scand J Soc Med* 11,65-68.
- Puska, P., Tuomilehto, J., Nissinen, A., Salonen, J.T., Vartiainen, E., Pietinen, P., Koskela, K. & Korhonen, H.J. (1989). The North Karelia Project : 15 years of community-based prevention of coronary heart disease. *Ann Med*, 21,169-173.
- Puska, P., Tuomilehto, J., Salonen, J., Nissinen, A., Virtamo, J., Björkqvist, S., e.a. (1981). Community control of cardiovascular diseases. Evaluation of a comprehensive community programme for control of cardiovascular diseases in North Karelia, Finland 1972-1977. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Rada, J., Ratima, M., Howden-Chapman, P. (1999). Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. *Health Promotion International*, 14,177-187.
- Rogers, E.M. (1983). Diffusion of innovations. Third Edition New York: Free Press.
- Ronckers, E.T. & Ament, J.H.A. (2000). Hartslag Limburg, samen gezond. *GGD Nieuws*, 8,10-13.
- Ronckers, S., Ament, A., Steenbakkers, M. & Ruland, E. (2001). De kosten van het communityproject van Hartslag Limburg. *GGD Nieuws*, 9,27-32.
- Ronda, G.M. (2003) The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg'. An Evaluation. Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Ronda, G., Assema, P. van, Candel, M., Ruland, E., Steenbakkers, M., Ree, J. van & Brug, J. (2004). The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg': effects on smoking behaviour. *European Journal of Public Health*, 14,191-193.
- Rowley, K.G., Daniel, M., Skinner, K., Skinner, M., White, G.A. & O'Dea, K. (2000). Effectiveness of a community-directed 'healthy lifestyle' program in a remote

- Australian Aboriginal community. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24,136-44.
- Russo, J.E., Staelin, R., Nolan, C.A., Russel, G.J. & Metcalf, B.L. (1986). Nutrition Information in the Supermarkets. *Journal of Consumer Research*, 13,48-70.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiel, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J. Epidemiol Community Health*, 56,119-127.
- Salonen, J., Puska, P. & Mustaniemi, H. (1979). Changes in morbidity and mortality during comprehensive community programme to control cardiovascular diseases during 1972-1979 in North Karelia. *British Medical Journal*, 2,1178-1183.
- Salonen, J., Puska, P., Kottke, T., Tuomilehto, J. & Nissinen, A. (1983). Decline in mortality from coronary heart disease in Finland from 1969 to 1979. *BMJ* 286,1857-1860.
- Scenariocommissie Hart- en Vaatziekten (1986). *Het hart van de toekomst. De toekomst van het hart*. Utrecht/Antwerpen: Uitgeverij Bohn, Scheltema & Holkema.
- Sellers, D.E., Crawford, S.L., Bullock, K. & McKinley, J.B. (1997) Understanding the variability in the effectiveness of community heart health programs: a meta-analysis. *Social Science Medicine*, 44,1325-1339.
- Selwyn, A.P., Braunwald, E. (1998). Ischemic Heart Disease in : *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw Hill.
- Shea, S. & Basch, S.E. (1990). A Review of Five Major Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Programs. Part I: Rationale, Design, and Theoretical Framework. *American Journal Health Promotion*, 4,203-213.
- Shea, S. & Basch, S.E. (1990). A Review of Five Major Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Programs. Part II: Intervention Strategies, Evaluation Methods, and Results. *American Journal Health Promotion*, 4,279-287.
- Shortell, S.M., Zukosi, A.P., Alexander, J.A., Bazzoli, G.J., Conrad, D.A., Hasnain-Wynia, R., Sofaer, S., Chan, B.Y., Casey, E. & Margolin, F.S. Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27,49-91.
- Sorensen, S., Emmons, K., Hunt, M.K. & Johnston, D. (1998). Implications of the results of community intervention trials. *Annu Rev Public Health*, 19,379-416.
- Spence, J.C. (2001). Compilation of evidence of effective active living interventions: a case study approach. A report submitted to Health Canada on behalf of the

- Canadian Consortium of Health Promotion Research. Alberta. University of Alberta.
- Steenbakkers, M. & Ruland, E. (2000). Hartslag Limburg, samen gezond. GGD Nieuws, 8,5-9.
- Steenbakkers, M., Assema, P. van, Kok, G. & Gabriëls-Stensen, D. (1991). Project Gezond Bergeyk, de ontwikkeling en implementatie van een lokaal gezondheidsproject. In: Leeuw, de E. (red.). Gezonde steden, lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Stichting Preventieve Gezondheid en Beweging (1992). Fitkit: handleiding voor gebruikers. 's-Hertogenbosch: Stichting Preventieve Gezondheid en Beweging.
- Stichting Volksgezondheid en Roken (2004). Jaarverslag 2003. Den Haag: Stivoro.
- Stuuroop, K. (1991). Samenwerkingsmogelijkheden voor het oprapen deel 2. In: Sociaal Economische gezondheidsverschillen en de onmogelijkheden voor GVO interventie. Verslag van de vijfde VDB/GVO conferentie papendal, Arnhem.
- Stuuroop, K. (1989). Opbouwwerk kan en moet gezondheidszorg brede basis geven. Tijdschrift voor de sociale sector nr 10.
- Swanborn, P.G. (1987). Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Meppel: Boom.
- Swaen, G.J.V. & Oort, J. (1984). Algemene pathologie. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Talen, B. (1995). Hart aan de slag. Handleiding voor het opzetten van leefstijlactiviteiten. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.
- Thompson, B. & Kinne, S. (1990). Social change theory, applications to community health. In: Bracht, N. (ed.). Health promotion at the community level. Newsbury Park: Sage.
- Tones, K. (1999). De evaluatie van gezondheidsbevordering: een verhaal van drie fouten. TSG, 77,24-28.
- Tudor-Smith, C., Nutbeam, D., Moore, L. & Catford, J. (1998). Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental comparison of results from Wales and a matched reference area. BMJ, 316,818-22.
- Twelvetrees, A. (1991). Community Work. London: The Macmillan Press LTD.
- Vaandrager, L. (1993). Het SUPER-project, Deel III: Een overzicht van de Voedingsvoorlichtingsactiviteiten in Eindhoven gedurende het tweede

projectjaar. Wageningen: Landbouwwuniversiteit, Vakgroep
Voorlichtingskunde.

- Vaandrager, H.W., Koelen, M.A., Ashton, J.R. & Colomè Revuelta, C. (1993). A fourstep health promotion approach for changing dietary patterns in Europe. *European Journal of Public Health*, 3,193-198.
- Vaandrager, L. (1991). The Super-project. The European food and shopping research. A five country study to create improved choices for healthier diets by involving the community and supermarket managers/management. Wageningen: Department of Extension Science. Agricultural University.
- Vartianen E, Puska P, Pekkanen J, e.a. (1994). Changes in risk factor explain changes in mortality from ischeamic heart disease in Finland. *BMJ*, 309;23-7.
- Vereyken, V.J.M., Haartsen, R. & Burg, A. van (1992). Handvat vaststellen uitgangssituatie. Interne notitie LCGVO. Utrecht: Landelijk Centrum GVO.
- Velde, A. van der (1992). Het verslag van een stage bij het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!', een project van de GGD Zuidoost-Drenthe. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.
- Verschuren, W.M.M. & Kromhout, D. (1995). Total cholesterol concentration and mortality at a relatively young age: do men and women differ? *BMJ*; 311: 779-783.
- Vlug, H. (1991). Gezondheidsbevordering in achterstandssituaties. In: Vlug, H. (red.). *Gezondheid en verarming; lokale initiatieven in een breder perspectief*. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning (1993). *De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid toekomst verkenning 2002*. Bilthoven: RIVM.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2002 b). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: RIVM.
- Voorham, A.J.J., Haes de, W.F.M. & Mackenbach, J.P. (2002). *Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Leerpunten uit de praktijk*. TSG, 80,431-5.
- Vos, N. de (1991). *Sterfte in Zuidoost-Drenthe 1983 tot en met 1988*. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.
- Vos, N. de (1992). *Gezondheidsenquête 1991. Een verkennend onderzoek naar de gezondheidssituatie van de bevolking van Zuidoost-Drenthe*. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.

- Vries, H. de (1988). In: Meertens, R.W. & J. von Grumbkow (red.). Sociale psychologie. Groningen: Wolters-Noorhoff.
- Vries, M. de (1994). Beschrijving diagnoses Scheperziekenhuis 1992. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.
- Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Vries, M.J. de, Groothoff, J.W. & Snijders, H. (1995). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. In R Sanderman, WJA van den Heuvel en B Krol (red.) Intervenieren in de determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma (pp 141-168). Assen: Van Gorcum.
- Vries, M.J. de, Vries, M. de & Dijk, J.P. van (1995). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een gemeenschapsgericht project ter preventie van hart- en vaatziekten. In WJA van den Heuvel, LV Jonkers-Kuiper, M Mootz en C Spreeuwenberg (red.) Intervenieren in de determinanten van gezondheid: over obstakels en leermomenten (pp 65-91). Assen: Van Gorcum.
- Vries, M. de & Wijckmans, K.J.M. (1997). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!', evaluatie van een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.
- Vries, M. de, Langen, H.C.M. & Lueks, C. (2000). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!'. Resultaten en ervaringen van acht jaar community-based hart- en vaatziektenpreventie in de lokale praktijk. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.
- Walle, J. de (1990). Voorlichting aan achterstandgroepen. Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, 7, 5.
- Wallack, L. & Wallerstein, N. (1986). Health education and prevention: designing community initiatives. International Quarterly of Community Health Education, 7,319-342.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 6,197-205.
- Wapenaar, H., Röling, N.G. & Ban, A.W. van den (1989). Basisboek voorlichtingskunde. Meppel: Boom.
- Wieberdink, E.A.M. & Jonkers, R. (1987). GVO in de arbeidssituatie. Een terrein in ontwikkeling. Dienblad, 11,234-235.
- Wilhelmsen, L. (1988). Coronary heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. Am Heart J, 115,242-9.
- Winkleby, M.A., Taylor, C.B., Jatulis, D. & Fortmann, S.P. (1996). The long term effects of a cardiovascular disease prevention trial: The Stanford five-city project. American Journal of Public Health, 86, 1773-1779.

- World Health Organization (1986). Community prevention and control of cardiovascular diseases. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 732. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2002). The European Health Report 2002. WHO Regional Publications, European Series, No. 97. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2002). The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO.
- Woerkum, C.M.J. van (1984). Massamediale Voorlichting: een werkplan. Meppel: Boom.
- Woerkum, C. van, Doorn, N. van & Loeve, B. (1987). Voorlichten met drukwerk. Muidenberg: Coutinho.
- Young, D.R., Haskell, W.L., Taylor, C.B. & Fortmann S.P. (1996). Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behaviour: The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 144,264-74.

Samenvatting

In 1991 startte bij de GGD Zuidoost-Drenthe het hart- en vaatziekten preventieproject 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' Het project richtte zich op de promotie van een gezonde leefstijl om uiteindelijk hart- en vaatziekten te voorkomen. Het project was tevens bedoeld om ervaring op te doen met de uitvoering van lokale 'community-based' voorlichting. In 1999 is het project afgesloten. In een evaluatieonderzoek is nagegaan wat de resultaten van acht jaar community-based preventie in de lokale praktijk zijn. Veranderingen in kennis, houding en gedrag bij de regionale bevolking zijn hiervoor onderzocht. Tevens zijn de goede en slechte kanten van de uitvoering van het project beschreven. In dit proefschrift wordt ingegaan op de ervaringen die zijn opgedaan met de uitvoering van het community-based project. Op basis van de ervaringen met het project in Drenthe en de kennis van andere community-based projecten wordt ingegaan op de vraag of community-based interventie effectief en succesvol kan worden toegepast en adequaat kan worden geëvalueerd.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het vóórkomen van hart- en vaatziekten, de directe aanleiding tot het interventieproject. Uit epidemiologisch onderzoek begin jaren negentig, bleek dat de sterfte onder mannen in Zuidoost-Drenthe 7% hoger was dan landelijk, bij mannen onder de 65 jaar was de oversterfte zelfs 35%. Uit de eerste gezondheidsenquête welke in 1991 door de GGD is uitgevoerd is gebleken dat ook wat betreft leefstijl de inwoners Zuidoost-Drenthe gemiddeld gesproken minder gezond leven dan gemiddeld in Nederland. Nader wordt ingegaan op de omvang en oorzaken van hart- en vaatziekten. Oorzaken kunnen worden onderscheiden in biologische factoren en genetische predisposities, pathofysiologische factoren, zoals hoge bloeddruk, overgewicht en cholesterolgehalte, en leefstijlfactoren, zoals voeding, beweging, roken en stress. Ook de mogelijkheden tot beïnvloeding worden aangeduid.

In hoofdstuk 3 wordt de preventie van hart- en vaatziekten en de verschillende methodieken die daarvoor gehanteerd kunnen worden beschreven. De gedachten over gezondheidsbevordering zijn in de afgelopen decennia flink veranderd. Werd tot het midden van de vorige eeuw vooral vanuit technisch medisch oogpunt naar gezondheid gekeken, in de jaren daarna werd gezondheid steeds breder opgevat. Het Health Field Concept van de Canadese minister Lalonde van 1974 heeft het begrip over gezondheid zeer beïnvloed. Deze visie op gezondheid geldt nog steeds als algemeen aanvaard. Hij stelde dat het samenspel tussen biologische factoren, omgevingsfactoren, leefstijlfactoren en de organisatie van de gezondheidszorg de gezondheid beïnvloeden. Dit leidde tot de ontwikkeling van een andere methodiek voor gezondheidsvoorlichting. In de lijn van deze ontwikkelingen is de community-based methodiek ontstaan. De eerste publicaties over community-

based projecten in Finland en Amerika waren zeer positief. Veel werd verwacht van deze nieuwe methodiek. Ook in het project in Zuidoost-Drenthe werd gebruik gemaakt van deze relatief nieuwe interventiemethodiek. De kern van deze methode is dat in de voorlichting wordt aangesloten bij de wensen en behoeften van de bevolking en de plaatselijke mogelijkheden en dat aandacht wordt gegeven aan de aspecten uit het Health Field Concept. De methodiek is samen te vatten in drie hoofdkenmerken, namelijk het hanteren van een interventiemix (er worden veel verschillende activiteiten uitgevoerd gericht op verschillende groepen en met verschillende doelen), van bevolkingsparticipatie (er wordt veel samengewerkt met de bevolking) en van intersectorale samenwerking (zoveel mogelijk sectoren: zoals bedrijf, gemeente, school, huisarts, enzovoort, worden betrokken bij het project). Tevens wordt het voor het project in Drenthe ontwikkelde 10-fasenmodel voor opzet en uitvoering van community-based preventie beschreven.

In hoofdstuk 4 wordt de opzet en uitvoering van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' beschreven. Het project had tot doel een gezonde leefstijl bij de bevolking van de regio te bevorderen, teneinde het voorkomen van hart- en vaatziekten te verminderen. Op geleide van de studie naar oorzaken voor hart- en vaatziekten en risicofactoren richt het project zich op vier leefstijlthema's, te weten: voeding, beweging, roken en stress. Vanwege de toen bekende positieve ervaringen met de community-based methode is voor deze aanpak gekozen. Binnen het project werden algemene voorlichtingstheorieën en preventiestrategieën gehanteerd. Centraal stond het fasenmodel voor gedragsverandering door voorlichting van Kok (1985). Het project startte in 1991 en werd na enkele verlengingen in 1999 afgerond. De eerste periode stond vooral in het teken van het bereiken van aandacht voor het project, het vergroten van kennis over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten en het bijdragen aan de ontwikkeling van een positieve attitude. In de tweede projectperiode stonden de inmiddels opgerichte gemeentelijke projectgroepen centraal. Door instelling van de gemeentelijke projectgroepen werd participatie bewerkstelligd en konden projectactiviteiten passend bij de specifieke gemeente worden opgezet. De derde projectperiode stond in het teken van implementeren van de projectgroepen en de door het project opgezette activiteiten. Daarnaast werd de evaluatie afgerond, zodat meer inzicht in de potentie van de community-based methode verkregen kon worden.

Voor het project is een uitgebreide evaluatie opgezet. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de gehanteerde methode, welke bestaat uit een proces- en een effectevaluatie. In de procesevaluatie is uitgebreid onderzoek gedaan naar de verschillende stappen uit het 10-fasenmodel en zijn aanvullende onderzoeken uitgevoerd naar de deelprojecten. De effectevaluatie bestaat uit een longitudinaal en een cross-sectioneel onderzoek, bij een experimentele groep en een controlegroep. Aangezien het niet is gelukt om in iedere gemeente van de experimentele regio een projectgroep te starten is uiteindelijk een derde groep

ontstaan, namelijk gemeenten in de experimentele regio zonder projectgroep. Een steekproef uit inwoners van de regio Zuidoost-Drenthe en de buurregio zijn in een periode van acht jaar meerdere malen met een schriftelijke vragenlijst ondervraagd. Het evaluatieonderzoek werd gericht op het beschrijven van veranderingen in kennis, houding en gedrag ten aanzien van de factoren roken, beweging, voeding en stress.

Hoofdstuk 6 bevat de beschrijving van de resultaten van de procesevaluatie. De gemeentelijke projectgroepen vormen de kernactiviteit van het project. Het was de bedoeling om in iedere gemeente een projectgroep op te richten. In zes van de negen gemeenten in de regio Zuidoost-Drenthe is dit uiteindelijk gelukt. Dit bleken de kleinste gemeenten te zijn. De projectgroepen vormden een brede vertegenwoordiging van de inwoners in de gemeente. Er is een zekere mate van intersectorale samenwerking bereikt aangezien de meeste projectgroepen, en indirect via deze groep de inwoners, al vroeg in het project betrokken werden bij de verdere inrichting van het project en de uit te voeren activiteiten. Uiteindelijk is in twee gemeenten de projectgroep met succes geïmplementeerd in de reguliere structuur binnen de gemeente. Belangrijke barrières, waardoor in gemeenten geen projectgroep is opgericht, zijn het bereiken van overeenstemming tussen de GGD en de gemeente over het probleem, de acceptatie van het project als oplossing van het probleem en de implementatie van het besluit tot de instelling van een succesvolle projectgroep. Andere factoren die van belang zijn waren tijdsbesteding aan het project en grootte van de gemeente. In de tweede projectperiode werd op verzoek van twee gemeenten opnieuw een start gemaakt en zijn gemeentelijke projectgroepen alsnog gestart. Gemeentelijke projectgroepen hebben gedurende het project vele honderden activiteiten uitgevoerd, gericht op verschillende doelgroepen en de verschillende leefstijlthema's. Via de gemeentelijke projectgroepen zijn vele vertegenwoordigers van organisaties en niet georganiseerde bewoners in de gemeente bij het project betrokken. De algemene ervaring met het community-based project is dat de methodiek in de praktijk goed bevalt. Het project is positief ontvangen in de regio door gemeenten, inwoners en andere lokale organisaties. De naamsbekendheid was groot. De bereidheid van gemeenten en organisaties om deel te nemen aan het project en zich in te zetten voor de oprichting van gemeentelijke projectgroepen was in de meeste gemeenten aanwezig.

De resultaten van de effectevaluatie worden beschreven in hoofdstuk 7. Algemeen kan worden geconcludeerd dat in de eerste jaren van het project enkele kleine veranderingen zijn bewerkstelligd in de stappen die leiden tot verandering van gedrag ten aanzien van de thema's van het project. Ten opzichte van inwoners van gemeenten zonder projectgroep en de controleregio zijn deze veranderingen vanuit het perspectief van gezondheid gunstig. Positieve veranderingen in de fasen tot gedragsverandering zijn gevonden voor voeding en beweging. De resultaten van het longitudinaal en het cross-sectioneel onderzoek zijn vergelijkbaar. Er zijn echter

geen significante effecten van de interventie gevonden over de gehele projectperiode.

In hoofdstuk 8 worden de ervaringen met het project en de resultaten van de effectevaluatie bediscussieerd tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de collectieve preventie en van ervaringen met andere community-based projecten. De resultaten laten zien dat de uitvoerders en de betrokkenen bij het project enthousiast zijn over de inspanningen en de uitgevoerde activiteiten. Toch zijn er geen betekenisvolle blijvende effecten op gedrag aangetoond. Op onderdelen zijn de interventieprojecten succesvol. Ten aanzien van effecten op korte termijn en bij specifieke groepen zijn er wel positieve resultaten aangetoond. Vergelijking van de resultaten van het project in Zuidoost-Drenthe met die van andere projecten in binnen- en buitenland toont aan dat ook bij de andere projecten vergelijkbare resultaten gevonden worden. De methode bevalt goed, er worden veel activiteiten uitgevoerd, en relatief gemakkelijk raakt de bevolking en de community bij de interventie betrokken. Op grond van deze bevindingen ligt het voor de hand om te stellen dat de methode van evaluatie niet toereikend is. Effectonderzoeken zijn tot op heden met een op individuele basis gestoelde methode uitgevoerd. Community-based programma's vragen echter een andere, bredere, aanpak van effectonderzoek. Niet alleen de veranderingen bij het individu, maar ook de veranderingen binnen de complexe community spelen een rol. In het hoofdstuk wordt een concreet toepasbaar model gepresenteerd, met voor de evaluatie andere intermediaire effectmaten. Geconcludeerd wordt dat community-based preventie een geschikte methode is om aandacht te geven aan de verbetering van gezondheid van de lokale bevolking. Ter vergelijking van het succes zal meer afstemming moeten plaatsvinden met andere organisaties en partijen in de community.

In hoofdstuk 9 worden aanbevelingen gedaan voor het werken met de community-based interventie. Aanbevolen wordt om deze methode te hanteren vanwege de toepasbaarheid in de praktijk en het feit dat gemakkelijk participatie wordt verkregen. Een algemeen kader wordt hiervoor beschreven. Tevens wordt aanbevolen bij community-based interventies gebruik te maken van gemeentelijke groepen. Gepleit wordt voor een meer samenhangend kader van lokaal en nationaal beleid gericht op gezondheidsvoorlichting. Door een integrale aanpak via een vorm van 'landelijke' community-benadering kunnen gemakkelijker randvoorwaarden worden geschapen voor uitvoering en continuïteit van gezondheidsinterventies. Voor de evaluatie van community-based interventies wordt geadviseerd concrete intermediaire maten te hanteren bij toekomstig evaluatieonderzoek. Zo kunnen verkoopcijfers van sigaretten of de verkoop van gezonde of ongezonde producten in de regio als maat worden gehanteerd, in plaats van de moeilijk te meten individuele stappen in de fasen tot gedragsverandering. Tevens lijkt het zinvol om de bestaande methoden beter op

elkaar af te stemmen, zodat projecten en evaluaties van projecten onderling vergeleken kunnen worden.

Summary

In 1991 the GGD Zuidoost-Drenthe (Southeast Drenthe Municipal Health Services) initiated the heart and vascular disease prevention project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' (Southeast Drenthe Good and HEARTy). The goal of the project was to promote a healthy lifestyle in order to prevent heart and vascular disease. The project was also aimed at gaining experience in providing local community-based information. The project was concluded in 1999. An evaluation study was set up to assess the results of eight years of community-based prevention in local practice, whereby changes in knowledge, attitude and behaviour among the regional population were examined. The good and bad sides of the implementation of the project were also described. This thesis discusses the experiences that were gained in carrying out the community-based project. On the basis of the experiences with the project in Drenthe and the knowledge gained from other community-based projects, we are examining the question of whether community-based intervention can be effectively and successfully applied and can be properly evaluated.

Chapter 2 deals with the *prevention* of heart and vascular disease - the immediate reason for the intervention project. An epidemiological study conducted in the early '90s showed that the death of men in Southeast Drenthe was 7% higher than the national average; for men under the age of 65, the excess mortality was as high as 35%. From the first health survey that was conducted in 1991 by the Municipal Health Services, it appears that in terms of lifestyle, the residents of Southeast Drenthe lead a less healthy life than the average in the Netherlands. The scope and causes of heart and vascular disease are also being further scrutinized. Causes can be distinguished in biological factors and genetic predispositions, pathophysiological factors, such as high blood pressure, overweight and cholesterol levels, as well as lifestyle factors, such as eating habits, exercise, smoking and stress. The possibilities of influence are also indicated.

Chapter 3 describes the prevention of heart and vascular disease and the different methods that can be applied. Thoughts about the promotion of health have changed considerably over the last few decades. Halfway through the last century, health was perceived from a technical medical viewpoint; in the years that followed, health was considered on a wider level. Canadian Minister Lalonde's Health Field Concept of 1974 considerably influenced the understanding of health. This vision of health is still generally accepted. He stated that the interplay between biological factors, environmental factors, lifestyle factors and the organization of health care influence health. This led to the development of a different method for providing health information. In line with these developments, the community-based method came about. The first publications

about community-based projects in Finland and America were very positive. A great deal was expected of this new method. In the project in Southeast Drenthe as well, this relatively new intervention method was used. The essence of this method is that the information is geared to the wishes and needs of the population and the local possibilities, and that attention is given to the aspects in the Health Field Concept. The method can be summarized in three main characteristics: using an intervention mix (many different activities are conducted, aimed at different groups and with different goals), participation of the population (there is a great deal of collaboration with the population) and intersectoral cooperation (as many sectors as possible: i.e. business, the municipality, school, family doctor, etc., are involved in the project). Also described is the 10-phase model, which was developed for the project in Drenthe for setting up and implementing community-based prevention.

Chapter 4 describes the set-up and implementation of the project 'Southeast-Drenthe Good and HEARTy!'. The goal of the project was to promote a healthy lifestyle among the population of the region in order to reduce the incidence of heart and vascular disease. Led by the study of causes of heart and vascular disease and risk factors, the project focuses on four lifestyle themes, i.e.: nutrition, exercise, smoking and stress. This approach was chosen because of the known positive experiences with the community-based method. General information theories and prevention strategies were applied in the project. Kok's phase model for behavioural change through information (1985) occupied a central role. The project started in 1991 and was concluded in 1999 after a few extensions. The first period was primarily focused on gaining attention for the project, increasing knowledge of the risk factors for heart and vascular disease, and contributing to the development of a positive attitude. The second project period was devoted to the municipal project groups that had been set up in the meantime. The establishment of the municipal project groups helped to encourage participation, and project activities that fit the specific municipality were set up. The third project period was aimed at implementing the project groups and the activities set up by the project. In addition, the evaluation was concluded in order to gain more insight into the effectiveness of the community-based method.

An extensive evaluation was set up for the project. Chapter 5 discusses the method used, which consists of a process and effect evaluation. In the process evaluation, detailed research was conducted on the different steps in the 10-phase model and supplementary studies were conducted on the subprojects. The effect evaluation consists of a longitudinal and a cross-sectional study of an experimental group and a control group. Since the endeavour to start up a project group in each municipality of the experimental region did not succeed, a third group was ultimately created: municipalities in the experimental region without a project group. A random sample of the residents of the Southeast-Drenthe region and the neighbouring area were surveyed several times with a written questionnaire over a

period of eight years. The evaluation study was aimed at describing changes in knowledge, attitude and behaviour with respect to the factors smoking, exercise, food and stress.

Chapter 6 describes the results of the process evaluation. The municipal project groups form the core activity of the project. The intention was to set up a project group in each municipality. Ultimately, project groups were formed in six of the nine municipalities in the Southeast-Drenthe region, which were also the smallest municipalities. The project groups formed a wide representation of the residents in the municipality. A certain degree of intersectoral cooperation was achieved, since most of the project groups and, indirectly via this group, the residents were involved in the project at an early stage in the further set-up of the project and the activities to be conducted. Ultimately, the project group was successfully implemented in two municipalities in the regular structure within the municipality. Important barriers that hinder the establishment of a project group in municipalities are to reach an agreement between the Municipal Health Services and the municipality about the problem, the acceptance of the project as a solution to the problem and the implementation of the decision to set up a successful project group. Other important factors were the time spent on the project and the size of the municipality. In the second project period, on the request of two municipalities, a new start was made and municipal project groups were still set up after all. During the project, municipal project groups conducted many hundreds of activities aimed at different target groups and the different lifestyle themes. Via the municipal project groups, many representatives of organizations and non-organized residents were involved in the project. The general experience with the community-based project is that in practice, the methodology is well received. The project received a positive response in the region from municipalities, residents and other local organizations. There was a high degree of name familiarity. The willingness of municipalities and organizations to participate in the project and make efforts to set up municipal project groups was apparent in most of the municipalities.

The results of the effect evaluation are described in Chapter 7. In general, it can be concluded that in the first years of the project a few minor changes were made in the steps that lead toward change in behaviour regarding the themes of the project. With respect to residents of municipalities without a project group and the control region, these changes are favourable from the perspective of health. Positive changes in the phases toward behavioural change were found for nutrition and exercise. The results of the longitudinal and the cross-sectional study are comparable. However, no significant effects of the intervention were demonstrated throughout the entire project period.

In Chapter 8 the experiences with the project and the results of the effect evaluation are discussed against the background of developments in the collective prevention

and of experiences with other community-based projects. The results show that those who conducted the project and those involved in the project were enthusiastic about the efforts and the activities that were conducted. Nonetheless, no meaningful lasting effects on behaviour were shown. Certain elements of the intervention projects were successful. Positive results were shown with respect to effects in the short term and with specific groups. A comparison of the results of the project in Southeast-Drenthe with those of other projects within and outside of the Netherlands shows that comparable results were found in other projects as well. People are pleased with the method, many activities are conducted, and the population and the community become relatively easily involved in the intervention. On the basis of these findings, it seems obvious to state that the evaluation method is not sufficient. Until now, effect studies have been conducted on an individual basis. Community-based programs, however, require a different, wider approach for an effect study. Not only concerning the changes for the individual, but also the changes within the complex community play a role. The chapter presents a concretely applicable model with other intermediary effect measures for the evaluation. The conclusion is that community-based prevention is a suitable method for devoting attention to the improvement of health of the local population. If we are to compare the success, there will have to be a greater degree of attunement with other organizations and parties in the community.

Chapter 9 features recommendations for working with community-based intervention. It is recommended that this method be used due to the applicability in practice and the fact that it is easy to get people to participate. A general framework is described for this purpose. For community-based interventions, it is also recommended that municipal groups be used. This chapter also argues in favour of a more cohesive framework of local and national policy focused on health information for the public. Through an integrated approach via a form of a “national” community-based approach, it will become easier to create prior conditions for the implementation and continuity of health interventions. For the evaluation of community-based interventions, it is recommended that concrete intermediary standards be employed in future evaluation study. For example, cigarette sales figures or the sale of healthy or unhealthy products in the region can be used as a standard, instead of the individual steps in the phases toward behavioural change that are difficult to measure. It also seems useful to better attune the existing methods with each other so that project and evaluations of projects can be compared to each other.

Nawoord

Het project Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed! zou maar tweeëneenhalf jaar gaan duren; het werden er – inclusief de wetenschappelijke kop - dertien. Deze langere duur heeft twee redenen. Ten eerste het succes van het project in de eerste jaren en het vermoeden dat er veel meer bereikt en geleerd kon worden als het langer zou lopen. De tweede reden is van een andere orde, namelijk dat na afronding van de uitvoering van een project – en zeker bij verandering van baan - tijd voor 'oude' klussen beperkt is.

Het spreekt voor zich dat een dergelijk community-based project alleen mogelijk is geweest door inzet van velen. In de jaren dat de interventie bij de GGD Zuidoost-Drenthe werd uitgevoerd zijn tal van organisaties en personen met de (project)medewerkers van de GGD in de weer geweest. Er is uitgebreid samengewerkt met lokale, regionale en landelijke partners. Het contact tussen gemeenten en GGD werd verstevigd en nieuwe relaties, bijvoorbeeld met het welzijnswerk, werden vormgegeven. Het is niet doenlijk om alle betrokken organisaties en hun medewerkers te noemen, maar zeker is dat de bijdrage van de medewerkers van de toenmalige GGD Zuidoost-Drenthe, de Rijksuniversiteit Groningen, de projectmedewerders, de vele studenten die een (onderzoeks)stage hebben gewijd aan het project in Drenthe, medewerkers van de gemeenten en het welzijnswerk, huisartsen en projectgroepleden onmisbaar is geweest.

Dat dit boekje er nu ligt is bovenal de verdienste van de samenwerking tussen de GGD Zuidoost-Drenthe en de Universiteit Groningen; het veld en de wetenschap. Deze samenwerking maakte het mogelijk om in de praktijk te werken en tevens wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. Van beide organisaties wil ik daarom toch enkele personen in het bijzonder noemen. Harry Snijders, toenmalig hoofd van de afdeling AGZ van de GGD, is van het begin af aan enthousiast geweest voor het project. Hij maakte het mogelijk dat het project kon starten en tot dit resultaat kon leiden. Doeke Post, Johan Groothoff en Jitse van Dijk, promotores en copromotir, moet ik bijzonder prijzen om hun enthousiasme, betrokkenheid, deskundige en opbouwende kritiek en hun geduld. Het bezoekje aan Groningen en het overleg bij de universiteit was steeds weer een stimulans om met het onderzoek verder te gaan.

Bijlage 1

Overzichtstabel community-based projecten

Van enkele projecten welke vanaf 1972 zijn uitgevoerd zijn kort enkele specifieke kenmerken in onderstaande tabel beschreven.

project	jaar	duur	doelgroep	doelstelling	kenmerken programma	stuurgroep	topics	activiteiten	ontwerp evaluatie	parameters	significante resultaten		
North Karelia Project	1971	15 jaar	ruraal 180.000 lage SES hoog risico	vermindering risicofactoren ; effecten van gepland programma nagaan	PRECEDE model social learning theory persuasion model diffusion of innovations belief-attitude intention model informatie training community organisatie lokale structuren	GVO vrijwilligers seutelfiguur health nurse gezichts prof professional politici	serum lipiden voeding roken bloeddruk	massa mediaal, lessen, interviews, training, voortlichting, screening, voortlichting gezonde voeding	cross-sectioneel met controle groep 30-64 jaar t=0, 5- 10 jaar n=10.000 per meting	kennis gedrag biologisch proces	risicofactoren attitude roken voeding cholesterol bloeddruk totaal risico mortaliteit morbiditeit	t=5: roken cholesterol bloeddruk totaal risico	t=10: roken cholesterol bloeddruk mortaliteit
Stanford Three Community Study	1972	2 jaar	ruraal 25.000 hoog risico	gericht op verbetering roken en voeding	social-learning theory massa mediaal en community approach		roken bloeddruk cholesterol	massa mediaal screening + voortlichting	cross-sectioneel en cohort 1 exp massa mediaal 1 exp massa mediaal + community 1 controle	kennis gedrag biologisch		t=2: kennis, voeding, roken, cholesterol, bloeddruk	
Stanford Five-City Project	1982	9-14 jaar	stedelijk	gericht op risicofactoren ; vermindering mortaliteit en morbiditeit	PRECEDE model social learning theory health communication- behaviour change market principe	GVO vrijwilligers seutelfiguur health nurse gezichts prof professional	roken voeding bloeddruk beweging overgewicht	massa mediaal, campagnes, cursus, wedstrijd, screening	5 steden in totaal 330.000. In 2 steden cross- sectioneel en cohort met controle groep (3 steden) 12- 74 jaar t=0,2,4,6 jaar n=625 per stad	kennis gedrag biologisch	risicofactoren attitude roken gewicht beweging bloeddruk mortaliteit morbiditeit	totaal risico roken beweging	
Minnesota Heart Health Program	1980	13 jaar	stedelijk	gericht op risicofactoren ; vermindering mortaliteit en morbiditeit	social learning theory persuasion model diffusion of innovations lokale ontwikkeling sociale planning	GVO vrijwilligers seutelfiguur gezichts prof	roken voeding: vet zout alcohol vezelijk beweging gewicht	massa mediaal, adviesing, workshops, wedstrijd, screening, voortlichting, cursus	2 steden 35.000 2 steden 80.000 2 steden 105.000 per paar steeds: cross-sectioneel n=500 per groep t=0,1,3,5,6 en cohort n=250 per groep n=0,2,4,7	proces kennis gedrag biologisch	seutelfiguren bekendheid kennis beweging roken voeding bloeddruk cholesterol gewicht mortaliteit morbiditeit	bekendheid beweging roken bloeddruk	
Pawtucket Heart Health Program	1980	11 jaar	stedelijk	* werken met vrijwilligers, * community- activation, * sociaal netwerk, * verminderen risicofactoren en mortaliteit	PRECEDE model social learning theory lokale ontwikkeling sociale planning	GVO vrijwilligers seutelfiguur gezichts prof professional politici	roken cholesterol beweging bloeddruk gewicht	massa mediaal, bijeenkomsten ; presentaties, discussie groep, screening, folders info	stad met 71.000 steekproef screening en vervolg met cohort	proces gedrag biologisch	media welgeving roken gewicht beweging cholesterol O2 opname mortaliteit morbiditeit	gewicht cholesterol	
Heartbeat Wales	1985	5 jaar	stedelijk hoog risico		social learning theory diffusion of innovations	GVO vrijwilligers seutelfiguur gezichts prof professional politici	cholesterol bloeddruk roken beweging stress	massa mediaal, voortlichting, lobbyen, screening, fitness	cross-sectioneel met controle n=22.000 medisch n=2000	proces kennis gedrag	programma support comm. pr. bekendheid beweging roken voeding		

project	jaar	duur	doelgroep	doelstelling	kenmerken programma	stuurgroep	topics	activiteiten	ontwerp evaluatie	parameters	significante resultaten
Zuid-Afrika, Coronary Risk Factor Study	1979	4 jaar	ruraal, 2 communiti es hoog risico		twee benaderingen laag hoog risico lokale winkels, betrekken community, school	gezheids prof		massa mediaal, advisering, voortlichting, screening, cursus, wedstrijd	cohort en cross sectioneel; 2 comm exp (6200 en 5500) 1 comm controle (6050)	kennis gedrag biologisch risicofactoren gewicht beweging roken cholesterol bloeddruk	roken bloeddruk totaal risico
Danish Prevention Project	1989	2 jaar	ruraal, Slangerup 8000	aandacht krijgen voor activiteiten	PRECEDE model social learning theory community organisatie, betrekken bevolking en groepsactiviteiten	GVO vrijwilligers gezheids prof professional		massa mediaal, voortlichting, fitness test, fitness, folder info	cross sectioneel exp 1010 en controle 1092	kennis gedrag bekendheid risicofactoren voeding roken	bekendheid
County Health Improvement Program		2 jaar	ruraal		PRECEDE model, onderzoek sleutelfiguren	GVO vrijwilligers sleutelfiguur gezheids prof professional		massa mediaal, screening, advisering, cursus, fitness		proces kennis gezhzorg pr bekendheid deelnemers vanuit gezhzorg	bekendheid
Zwitserland	1978	3 jaar	stedelijk, 12.000 en 16.000 inwoners	inzicht community- based interventie op risicofactoren	populatiebenaderingen hoogrisicobenadering, active participatie, mobiliseren community, integratie nieuwe programma in bestaande structuren				cohort, 2 paar steden, experimenteel en controle	gedrag roken, fysiologisch bloeddruk, cholesterol	roken, bloeddruk, cholesterol
Belgie	1976	10 jaar	19.409 mannelijke fabrieksarb eiders	verbetering risicofactoren	hoog risicobenadering, algemene campagne, massa mediaal en persoonlijke voortlichting				15 paar fabrieken	gedrag, roken, beweging; biologisch cholesterol, bloeddruk, overgewicht, hart- en vaatziekten	na 2 jaar: risicoprofiel; na 6 jaar geen
Ierland	1985	5 jaar	Kilkenny 73.000, ruraal en stedelijk	onderzoek en demonstratie ; HVZ preventie; 20% reductie sterfte in 10 jaar	inbouwen structuur in community, community meetings, kennis en training oa via scholen				cross-sectioneel, Kilkenny en controlestad	gedrag ziekte/sterfte proces activiteiten feedback bevolking	
Oostenrijk	1977	10 jaar	ruraal 1600 inwoners, hoog risico	demonstratie , reductie risicofactoren	samenwerking met huisartsen; individuele benadering				cohort en cross sectioneel; hele dorp, geen controlegroep	gedrag biologisch roken voeding ziekten gewicht cholesterol bloeddruk	cholesterol bloeddruk
Zweden	1985	10 jaar	Norsjo, ruraal 5300	vermindering risicofactoren ; demonstratie					cross sectioneel; exp 1500 controle MONICA 510.000	gedrag biologisch proces roken voeding bloeddruk cholesterol gewicht panel studies	voeding bloeddruk cholesterol

Bijlage 2

Community-based planningsmodel voor het werken met gemeentelijke projectgroepen

In het kader van het project is een 10-fasenmodel ontwikkeld, dat gedurende de verdere uitvoering van het project in de praktijk getoetst en verder vorm gegeven werd. Alle stappen zijn doorlopen en de ervaringen zijn verwerkt in een uitgebreide beschrijving van het model. Dit model kan goed gebruikt worden als stappenplan bij het werken met community-based preventieprojecten en sluit aan bij de huidige opvattingen over en ervaringen met de uitvoering van deze initiatieven. Het schema geeft een overzicht van alle stappen uit het model. Het model kan worden beschouwd als een praktisch stappenplan voor personen die met een community-project aan de slag willen gaan.

De verschillende fasen van het stappenplan worden niet altijd op volgorde doorlopen. Bevindingen en ervaringen uit eerdere fasen kunnen aanleiding zijn delen van latere fasen uit te stellen, of nogmaals na aanpassing, te doorlopen.

Fase 0 Oriëntatie

De oriëntatiefase is een 'snuffelfase'. In deze fase oriënteren de organisatoren van het project zich op de probleemstelling, de inhoud van de activiteit, de samenleving waarbinnen deze wordt uitgevoerd, de sociaal-demografische gegevens en de culturele achtergronden.

In deze fase is het belangrijk feeling te krijgen met de thematiek, de mogelijke oplossingen voor het probleem en de omgeving waarin hieraan gewerkt gaat worden.

In de praktijk is deze fase een langdurige fase, waarin verschillende zaken duidelijk moeten worden gemaakt. Zo is het noodzakelijk een probleemanalyse uit te voeren en te verkennen welke strategieën en methodieken gebruikt kunnen worden. Ook moet een landelijke en een regionale oriëntatie op het probleem plaatsvinden, evenals de globale afbakening van het project. Bovendien moeten thema's en doelgroepen gekozen worden, moet de doelstelling bepaald worden en moet de organisatie zich oriënteren op netwerken en organisaties.

Resultaat: een projectvoorstel

Fase 1 Community analyse

Het is noodzakelijk goed zicht te krijgen op de lokale situatie. Voordat het project start moet een analyse gemaakt worden van de lokale situatie. Hiervoor zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens nodig. Deze analyse levert gegevens op

over de lokale gezondheidssituatie en de potentiële doelgroepen. Om de gegevens te verzamelen zijn noodzakelijk: een epidemiologische analyse, een gedragsdiagnose en de opstelling van een sociale kaart. De sociale kaart geeft inzicht in de sociaal-demografische gegevens, de (historisch-) sociaal-culturele situatie, de aanwezige voorzieningen en organisaties (per dorp), de beschikbaarheid van mogelijke intermediairen en de mogelijke hulpbronnen.

Op basis van de informatie die de analyse heeft opgeleverd, kan een inventarisatie van mogelijke aangrijpingspunten plaatsvinden. Het is aan te bevelen al tijdens deze analyse te beginnen met de participatie van de bevolking.

Resultaat: een community-analyse met aangrijpingspunten voor preventie.

Fase 2 Initiatie

In de initiatiefase staan twee elementen centraal. In de eerste plaats zal er een draagvlak ontwikkeld moeten worden en in de tweede plaats moet het eerste initiatief worden genomen om de lokale projectgroepen op te zetten. Om een draagvlak te creëren is het belangrijk te zorgen voor naamsbekendheid van het project. Die naamsbekendheid kan verkregen worden door het organiseren van grootscheepse manifestaties en het voeren van een mediacampagne. Daarnaast is het noodzakelijk intermediairen direct en persoonlijk te informeren over het project. De (kennis-) basis die hiermee gelegd wordt kan gebruikt worden op het moment dat het eerste contact met gemeenten en andere intermediairen plaatsvindt om een start te maken met de gemeentelijke projectgroepen.

De initiatie begint feitelijk met het informeren van de gemeente(ambtenaren) waarna het (formeel) besluit van de gemeente om deel te nemen aan het project volgt. Vervolgens begint de samenstelling van de projectgroep. De deelnemers moeten gemotiveerde mensen zijn afkomstig uit verschillende instellingen en (vrijwilligers)organisaties. Bovendien is het noodzakelijk een 'motor' te vinden. Deze persoon dient de lokale situatie te kennen en over voldoende tijd en energie te beschikken. Deze 'motor' speelt een belangrijke rol in de werving van participanten van de projectgroepen. De participanten kunnen het beste geworven worden uit het lokale veld, omdat zij een goede kijk hebben op wat wel en wat niet kan aanslaan in een gemeente. Het kunnen mensen zijn die vanwege hun beroep een bijdrage kunnen leveren aan het project, maar ook vrijwilligers die relevante ervaringen hebben opgedaan in de gemeente en ook lokale opinieleiders zijn goed inzetbaar in het project. Het is vooral belangrijk te zoeken naar enthousiaste mensen die een bijdrage willen leveren.

Als de potentiële projectgroepleden gevonden zijn, kan er samen met de lokale coördinator een eerste informatiebijeenkomst plaatsvinden van de voorlopige projectgroep. Aan het einde van deze bijeenkomst moet besloten worden of, en zo ja hoe, het project verder ontwikkeld wordt.

Tijdens de eerste drie of vier bijeenkomsten is het belangrijk dat er projectmedewerkers aanwezig zijn die de projectgroepen op weg helpen. Daarna krijgen de lokale coördinatoren de taak de continuïteit te waarborgen en de projectgroepen draaiende te houden.

De geleverde inspanningen tijdens de initiatiefase leiden niet altijd tot de daadwerkelijke oprichting van projectgroepen. Het barrièremodel laat zien welke barrières de initiatie belemmeren en welke overwonnen moeten worden voordat de volgende fase kan beginnen.

Resultaat: een projectgroep met afspraken over werkwijze en taakverdeling.

Fase 3 Presentatie van de analyse

Tijdens de presentatiefase verkennen de GGD en de (potentiële) projectgroepleden gezamenlijk de regionale en lokale situatie. De eerste informatiebijeenkomst is hiervoor het meest geschikte moment. Eerst geeft de GGD aan hoe volgens haar de situatie is, vervolgens geven de sleutelfiguren aan hoe zij daarover denken. De informatie van zowel de GGD als de projectgroepleden dient als basis voor de vervolgkeuzes die de projectgroep maakt. Met de resultaten van de informatie-uitwisseling wordt de oorspronkelijke community-analyse uit fase 1 bijgesteld en kunnen er nieuwe accenten gelegd worden.

In deze fase maken de projectgroepleden eveneens kennis met elkaar. Daarnaast moeten de samenstelling, het werkterrein en de werkwijze van de projectgroep besproken worden.

Resultaat: een projectgroep waarin overeenstemming bestaat over de uitgangssituatie.

Fase 4 Inventarisatie

De projectgroep maakt in deze fase een inventarisatie van de activiteiten die al in een gemeente plaatsvinden en of het project daarop kan aansluiten. Ook moet bekeken worden of er samenwerking kan plaatsvinden met bestaande organisaties. Vervolgens bedenkt de projectgroep welke thema's de aandacht verdienen (voeding, roken, beweging en stress) en welke nieuwe activiteiten georganiseerd kunnen worden. In deze fase kan eveneens bepaald worden in hoeverre bestaande activiteiten uitgevoerd kunnen worden onder het beeldmerk van het project. Dit versterkt de naamsbekendheid van het project.

Verder moeten in de inventarisatie-fase de beschikbare hulpbronnen op een rij gezet worden (bijvoorbeeld landelijke acties en materialen). Nieuwe activiteiten kunnen aansluiten op een landelijk thema. Het is belangrijk te bepalen welke middelen (tijd, geld en materialen) beschikbaar zijn en in hoeverre er samengewerkt kan worden met andere organisaties. Deze twee elementen bepalen

mede het onderwerp dat de projectgroep kiest en de doelgroep waarop de activiteiten zich richten. Ook moet de projectgroep tijdens de inventarisatiefase bepalen welke organisatorische en administratieve mogelijkheden er zijn. Samengevat zet de projectgroep in deze fase op een rij wat de mogelijkheden zijn vanuit de randvoorwaarden en wordt er een afbakening gemaakt naar thema's, activiteiten en doelgroepen.

Resultaat: een (voorlopige) inventarisatie.

Fase 5 Planning

In de planningsfase vindt de prioritering plaats. De projectgroep maakt daarbij een selectie uit de geïnventariseerde activiteiten. Bij het bepalen van die selectie is het van belang dat de projectgroep let op een aantal factoren. De factoren die de keuze mede bepalen zijn:

- de ernst van de huidige leefstijlproblemen;
- het belang van de verschillende risicogroepen;
- de activiteiten die al plaatsvinden en of aansluiting hierop mogelijk is;
- de beschikbare hulpbronnen;
- de haalbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid;
- de publiciteitswaarde;
- de mogelijkheid een activiteit te herhalen;
- de originaliteit;
- de mogelijkheid tot een vervolgactiviteit.

Bovendien zijn succeservaringen in het verleden van reeds bestaande projectgroepen en ervaringen van andere gemeentelijke of lokale groepen van belang bij de selectie van de activiteiten. De projectgroep probeert zoveel mogelijk de activiteiten af te stemmen op de oorzaken van het probleem, bepaalt wat de interesse van de doelgroep is en wat de gewenste voorlichtingsactiviteit is. Het is belangrijk om een variëteit aan activiteiten aan te bieden en deze te herhalen, omdat de doelgroepen verschillende problemen hebben en op verschillende manieren leren. Bovendien verkeren de leden van de doelgroepen in verschillende stadia van beïnvloeding.

Voor de gekozen activiteiten maakt de projectgroep een activiteitenplan dat de concrete formulering van de actiedoelen bevat. In dit plan staat eveneens welke activiteit wanneer wordt uitgevoerd. Per activiteit moet de projectgroep een aantal zaken bepalen: welke middelen en menskracht (financiën, materialen en vrijwilligers) zijn nodig voor de uitvoering, kan er samengewerkt worden met andere organisaties, de locatie, de tijdsplanning, de begroting en de mogelijke sponsoring. Deze elementen kan de projectgroep opnemen in het actieplan.

Tijdens de planningsfase start de projectgroep eveneens met het werven van vrijwilligers en fondsen. Tevens moeten afspraken gemaakt worden over het beschikbaar stellen van het beeldmerk voor activiteiten van derden.

Het plan dat de projectgroep gemaakt heeft wordt geformaliseerd en opgenomen in het gemeentelijke beleid via de formele aanbidding van het plan aan het gemeentebestuur.

Resultaat: een projectplan, voldoende fondsen en medewerkers, opname in het gemeentelijke beleid.

Fase 6 Implementatie en uitvoering

De implementatiefase is een praktische fase waarin de projectgroep overgaat tot het uitvoeren van de activiteiten van het projectplan. Het is van belang dat de projectgroep in deze fase een aantal uitgangspunten hanteert. In de eerste plaats moet de projectgroep ervoor zorgen dat de voorbereidende taken zoveel mogelijk gespreid worden over de medewerkers. In de tweede plaats is het belangrijk dat de activiteiten gespreid worden over zoveel mogelijk dorpen en vergezeld gaan van veel publiciteit. In de derde plaats zal de projectgroep de uitvoering van de activiteiten zoveel mogelijk over moeten laten aan vrijwilligers uit de doelgroep in de gemeente. Er moet echter wel voorkomen worden dat steeds dezelfde vrijwilligers hiervoor gevraagd worden.

De ervaring leert dat de wijze waarop de activiteiten uitgevoerd worden per activiteit en per projectgroep verschillen. Sommige activiteiten worden uitbesteed aan derden, andere worden door één of meerdere projectgroepleden uitgevoerd. Hiervoor kan de projectgroep een aparte werkgroep vormen. Andere activiteiten worden gezamenlijk uitgevoerd.

In de implementatiefase moet de projectgroep eveneens de basis leggen voor het behoud en de consolidatie van de activiteiten. Voor de uitvoering van de activiteiten is het dan ook belangrijk dat de projectgroep aansluit bij bestaande activiteiten. Bovendien kan de projectgroep het beste uitgaan van de keuzes van de projectgroepleden en de samenwerkende organisaties.

Resultaat: het projectplan wordt uitgevoerd.

Fase 7 Evaluatie

In de evaluatiefase gaat de projectgroep over tot de beoordeling van de implementatie voordat over wordt gegaan tot behoud en consolidatie. Er moet een evaluatie plaatsvinden van de wijze waarop gewerkt is aan de uitvoering van het projectplan, evenals een effectmeting (indien mogelijk). Deze fase is van belang om

te bepalen of het nuttig is activiteiten te herhalen en of de activiteiten of de werkwijze die de projectgroep gevolgd heeft, aangepast moeten worden. Als een effectmeting plaatsvindt kan beoordeeld worden of de uitgevoerde activiteiten goede instrumenten zijn om de gekozen doelen te bereiken.

In de evaluatiefase kijkt de projectgroep terug op het verloop van de activiteiten, of het doel en de gewenste doelgroep bereikt zijn. Eveneens moet bepaald worden wat de effectiviteit van de activiteiten is. De projectgroep blik in deze fase niet alleen terug, het is ook belangrijk dat zij bespreekt hoe verder gegaan kan worden. Eventuele problemen en minder goede aspecten van de activiteiten moeten besproken worden en moet leiden tot veranderingen in de opzet en de uitvoering van activiteiten. Als eenmalige aandacht voldoende blijkt te zijn of als er gebrek aan belangstelling is wordt de activiteit stopgezet. De projectgroep kan een succesvolle activiteit herhalen en deze overdragen aan een andere organisatie. Om alle betrokkenen goed te informeren is het van belang dat er een verslag van de activiteiten gemaakt wordt. Een samenvatting van het verslag kan gepubliceerd worden in de regionale dag- en weekbladen.

Resultaat: een evaluatieverslag.

Fase 8 Presentatie resultaten

In de tweede presentatiefase krijgen de participanten feedback op de activiteiten die uitgevoerd zijn. Dit is belangrijk om een draagvlak te creëren voor de verankering van het project of projectactiviteiten en om mensen te blijven motiveren voor het eigen programma. Het project levert veel kleine en grote resultaten op die nadrukkelijk aan de orde moeten komen, ook tijdens het project. In de feedback voor de participanten kan een aantal elementen aan de orde komen: de resultaten, de bekendmaking van wat er gedaan is, hoe het werkt, wat er verbeterd is en wat het daadwerkelijke effect van de activiteiten is. Feedback op concrete activiteiten kan het beste gegeven worden direct na afloop van een activiteit. Daarnaast kan periodiek feedback gegeven worden door de resultaten van het proces en de effectevaluaties bekend te maken.

Resultaat: een draagvlak creëren voor een vervolg.

Fase 9 Behoud/consolidatie

Het traject dat gevolgd wordt, is erop gericht de projectgroep na verloop van tijd zelfstandiger te laten werken, zodat de GGD-medewerker zich meer terug kan trekken. Dit betekent dat de projectgroep een werkwijze moet vinden waarmee zij zelfstandig verder kan werken. Ook moet de groep activiteiten op een zelfstandige manier kunnen uitvoeren. Op basis van de ervaring kan de projectgroep zelf de voorwaarden voor het doorgaan op een rij zetten. In de consolidatiefase is het de

bedoeling dat de medewerkers van de groep deze voorwaarden realiseren. Om dat te bereiken moeten zij een consolidatieplan opstellen (eventueel per onderdeel) waarin de consolidatietrajecten worden uitgewerkt. Het consolidatieplan bestaat uit twee onderdelen: een jaarlijks activiteitenplan en een meer structurele inbedding.

In de consolidatiefase bepaalt de projectgroep ook of het wenselijk en mogelijk is dat de projectgroep zelf doorgaat. Zij bekijkt op welke wijze voortgang kan plaatsvinden en welke voorwaarden hiervoor vervuld moeten worden.

Voor het behoud en de consolidatie kan de projectgroep kiezen uit verschillende varianten:

- doorgaan van de bestaande projectgroep;
- diffusie (opname in reguliere activiteiten);
- adoptie van programma's door bestaande organisaties;
- integratie van projectgroepen in bestaande organisaties;
- privatiseren van gemeentelijke projectgroepen (institutionaliseren);
- overstappen van een 'op uitvoering gerichte groep' naar een gemeentelijk beleidsadviesorgaan.

Per activiteit kan de projectgroep een verschillende wijze van behoud en consolidatie bepalen. Ook moet per activiteit bepaald worden welke mogelijkheden er voor de voortgang zijn.

Resultaat: een consolidatieplan.

Fase 10 Verankering

Verankering wordt bereikt als projectgroepen of activiteiten voortgezet worden, ook als de initiatiefnemer zich terugtrekt. Het kan hierbij gaan om de verankering van afzonderlijke activiteiten en/ of de verankering van de projectgroep. In deze fase moeten gerichte consolidatietrajecten worden uitgevoerd waarin de projectgroep of de activiteiten geïnstitutionaliseerd worden en/ of de overdracht van afzonderlijke activiteiten plaatsvindt. Tijdens de verankeringsfase moet gericht gewerkt worden aan de noodzakelijke voorwaarden om verankering te realiseren. Enkele voorbeelden van die voorwaarden zijn: organisaties die activiteiten willen overnemen, geld, benodigde menskracht en materialen om activiteiten uit te kunnen voeren. Wat betreft de projectgroep zelf hangt dit af van de wijze waarop deze verder gaat. Het kan gaan om verdergaande erkenning en financiering van de activiteiten. De projectgroep kan echter in deze fase ook besluiten op een andere manier verder te gaan, bijvoorbeeld als beleidsadviesorgaan of als stichting. De projectgroep moet de te nemen stappen (het regelen van de taken en functie van het adviesorgaan, de benoeming door het college, de oprichtingsakte en de financiering van de stichting), in deze fase van het traject uitvoeren.

Resultaat: verankerde/geïstitutionaliseerde activiteiten, programma's en organisaties.

In onderstaand schema worden de verschillende stappen uit het 10 fasenmodel schematisch beschreven.

Schema B.2. Stappenplan voor het werken met gemeentelijke of lokale groepen

fase	inhoud fase	resultaat
0	oriëntatie <ul style="list-style-type: none"> • probleemanalyse • strategie • doelgroep • doelstelling 	• projectvoorstel
1	community-analyse <ul style="list-style-type: none"> • epidemiologische analyse • gedragsdiagnose • sociale kaart en schets van relevante aspecten (per gebied) • intersectorale samenwerking • gemeentelijke projectgroepen 	• analyse met aangrijpingspunten
2	initiatie <ul style="list-style-type: none"> • draagvlak • werven van projectgroepleden • initiatie volgens barrière model 	• projectgroep
3	presentatie <ul style="list-style-type: none"> • gezamenlijke verkenning • bijstellen van de community analyse • werkwijze gemeentelijke projectgroep 	• overeenstemming over doel en werkwijze
4	inventarisatie <ul style="list-style-type: none"> • wat gebeurt er al en wat verdient de aandacht • behoefte nieuwe activiteiten • ondersteunend materiaal 	• voorlopige inventarisatie
5	planning <ul style="list-style-type: none"> • prioritering • ontwerp gemeentelijk activiteitenplan • aanbieden plan aan de gemeente 	• projectplan
6	implementatie <ul style="list-style-type: none"> • taakverdeling en organisatie 	• uitgevoerde activiteiten
7	evaluatie <ul style="list-style-type: none"> • proces- en effectevaluaties • beoordeling concrete activiteiten • procesevaluatie projectgroepen • opnieuw programmeren en verspreiden programma 	• eindverslag
8	presentatie <ul style="list-style-type: none"> • feedback op concrete activiteiten • feedback via proces- en effectevaluaties • draagvlak voor vervolg 	• draagvlak voor vervolg
9	behoud / consolidatie <ul style="list-style-type: none"> • voorwaarden om verder te gaan • maken van consolidatieplan • jaarlijkse en structurele activiteiten 	• consolidatieplan
10	verankering <ul style="list-style-type: none"> • verankering van de projectgroepen 	• institutionalisering projectgroepactiviteiten

Bijlage 3

Publicaties in het kader van het project

Tijdschriftartikelen

- Dijk, J.P. van & Vries, M.J. de (1996). Effecten van een actieve doelgroepbenadering: Een gemeentelijk volksgezondheidsexperiment geëvalueerd. *Beleidswetenschap*, 3, 239-256.
- Kuppeveld, P.P.M. van, & Vries, M.J. de (1992). Voedingsmanifestatie trekt meer dan duizend bezoekers. Regionaal vervolg van de landelijke let-op-vet campagne in Zuidoost-Drenthe. *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting*, 9, 9-10.
- Vries, M.J. de, Vries, M. de, Snijders, H., Bokma, J., Groothoff, J.W., & Dijk, J.P. van (1994) 'Hart op weg?' Evaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. Nieuwsbrief Onderzoeksprogramma Determinanten van Gezondheid, 9, 2-3.
- Vries, M. de, Vries, M.J. de & Bokma, J. (1995). Hart op weg? *GGD Nieuws*, 2:24-28.
- Vries, M. de, Langen, H. & Groothoff, J. (2000). Effecten van community-based preventie in de lokale praktijk. *GGD Nieuws*, 2:8-13.

Boeken en boekbijdragen

- Bokma, J., Vries, M.J. de & Vries, M. de (1994). Hart op weg? Evaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'; een community project ter preventie van hart- en vaatziekten. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.
- Knaap, J.G.A.M. van der, Kuppeveld, P.P.M. van, Vent, T.G.M. de, & Vries, M.J. de (1994). Hartstikke gezond in de regio. Draaiboek voor leefstijlactiviteiten. Utrecht: Nederlandse Hartstichting/Landelijk Instituut voor GGD'en.
- Vent, T.G.M. de (1994). Preventieproject hart- en vaatziekten. In: Knaap, J.G.A.M. van der, Kuppeveld, P.P.M. van, Vent, T.G.M. de & Vries, M.J. de. Hartstikke gezond in de regio. Draaiboek voor leefstijlactiviteiten. Utrecht: Nederlandse Hartstichting, Landelijk Instituut voor GGD'en.
- Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Vries, M.J. de, Groothoff, J.W. & Snijders, H. (1995). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. In R Sanderma, WJA van den Heuvel en B Krol (red.)

Interveniëren in de determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma (pp 141-168). Assen: Van Gorcum.

Vries, M.J. de, Vries, M. de & Dijk, J.P. van (1995). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een gemeenschapsgericht project ter preventie van hart- en vaatziekten. In WJA van den Heuvel, LV Jonkers-Kuiper, M Mootz en C Spreeuwenberg (red.) Interveniëren in de determinanten van gezondheid: over obstakels en leermomenten (pp 65-91). Assen: Van Gorcum.

Vries, M. de & Wijckmans, K.J.M. (1997). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!', evaluatie van een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.

Vries, M. de, Langen, H.C.M. & Lueks, C. (2000). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!'. Resultaten en ervaringen van acht jaar community-based hart- en vaatziektenpreventie in de lokale praktijk. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.

Scripties en rapporten

Bokma, J. (1992). Risicogroepen voor hart- en vaatziekten als gevolg van lichamelijke inactiviteit. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)

Dijkshoorn, H. (1993). De effectevaluatie van het supermarktvorlichtingsproject 'minder vet: HARTstikke goed!'. Emmen/Wageningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Vakgroep Voorlichtingskunde Landbouwuniversiteit Wageningen. (afstudeerscriptie)

Dijkstra, I. (1993). Het functioneren van de intermediairen binnen het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (onderzoekschrift)

Dijkstra, S.F.H. (1994). Preventie van hart- en vaatziekten op de werkplek; pilot bij het Regionaal Politiekorps Drenthe, District Zuidoost-Drenthe. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)

Drenthen, W. (1998). Hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe, een beschrijving van de sterfte. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (onderzoekschrift)

Essen, E. van (1994). En morgen gezond weer op? Evaluatie-onderzoek naar de effectiviteit van gezondheidsvoorlichting aan kinderen en ouders. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)

- Vries, M.J. de (1995) Hart op weg met de gemeentelijke projectgroep. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.
- Westera, R. (1993). Besluitvorming in gemeenten. Evaluatie van de besluitvorming in de gemeenten in de regio Zuidoost-Drenthe ten aanzien van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Groningen/Emmen: Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Bestuursrecht en Bestuurskunde, Vakgroep Sociale Geneeskunde en Epidemiologie/GGD Zuidoost-Drenthe. (afstudeerscriptie)
- Wieringa, N. & Weert, L. van (1993). Voormeting van 'minder vet: HARTstikke goed!'. Emmen/Wageningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Landbouwniversiteit Wageningen. (onderzoekschrift)
- Zwart, N. de (1994). De ontwikkeling van een beleidsmodel ter stimulering van lichamelijke activiteit in Zuidoost-Drenthe. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)

Voordrachten en posters

- Bokma, J., Vries, M.J. de, Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W., & Snijders, H. (1993) Evaluatie van een primair preventieproject voor hart- en vaatziekten. Poster GZO-congres. Nijmegen, Nederland.
- Bokma, J., Vries, M.J. de, Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W., & Snijders, H. (1994). Presentation: The development of a regional community-based intervention model for the prevention of coronal heart diseases in the Netherlands. Vienna, Austria.
- Lueks, C. (1997). Local community-based prevention in the Netherlands. Gezondheidszorgdag Hanzestad, Oldenburg, Germany.
- Vries, M. de (1995). Effect evaluation of a community-based cardiovascular project in south-east Drenthe, the Netherlands. Poster IEA Regional Meeting; Perspectives on epidemiology in Europe. Den Haag, The Netherlands.
- Vries, M. de (1995). Effect evaluation of a community-based project in South-East Drenthe. Presentation on the International Health Promotion Conference. London, England.
- Vries, M.J. de (1995). The evaluation of a community intervention project in the Netherlands. Poster 2nd International Heart Health Conference. Barcelona, Spain.
- Vries, M.J. de, de Vries, M., Bokma, J., Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W., & Snijders, H. (1995). Effectevaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!', een hart- en vaatziekten preventieproject. 12e GZO-dag. Rotterdam, Nederland.

- Vries, M. de (1997). Evaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' Presentatie WEON-congres.
- Vries, M. de (1997). Effect evaluation of a community-based cardiovascular project in the Netherlands. Presentation annual meeting European Public Health Association. Pamplona, Spain.
- Vries, M. de (1998). Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed! 1996: een community-based preventieproject. Presentatie 15e GZO Congres. Bilthoven.
- Vries, M. de (1999). Resultaten van acht jaar 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Presentatie Nederlands Public Health Congres. Groningen.
- Vries, M. de (1999). Results of eight years community-based prevention in the Netherlands. Presentation Nordic Public Health Conference. Reykjavík, Iceland.
- Vries, M. de (1999). Results of eight years community-based prevention in the Netherlands. Presentation annual meeting European Public Health Association. Praag, Tsjechië.
- Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W. & Post, D. (2000). Results of eight years local community-based cardiovascular prevention in the Netherlands. Presentation 9th international congress World Federation of Public Health Associations. Beijing, China.
- Wijckmans, K.J.M. (1995). Effect evaluation of a community-based cardiovascular project in the Netherlands. Poster annual meeting European Public Health Association. Budapest, Hungary.
- Zwart, N. de & Dijk, J.P. van (1995). Een beleidsplan voor bewegingsstimulering in het kader van hart- en vaatziektenpreventie. Rotterdam: voordracht 12e GZO-dag.

Bijlage 4

Northern Centre for Healthcare Research and previous dissertations

This thesis is published within the research program **Public Health and Public Health Services Research** of the Northern Centre for Healthcare Research. More information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: www.med.rug.nl/nch.

Previous dissertations **Public Health and Public Health Services Research**

Post J (2004) *Grootschalige huisartsenzorg buiten kantooruren.*

PROMOTOR: prof dr J de Haan

Reneman MF (2004) *Functional capacity evaluation in patients with chronic low back pain; reliability and validity.*

PROMOTORES: prof dr JW Groothoff, prof dr JHB Geertzen

CO-PROMOTOR: dr PU Dijkstra

Bâra-Ionilă C-A (2003) *The Romanian health care system in transition from the users' perspective.*

PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr JAM Maarse

CO-PROMOTOR: dr JP van Dijk

Lege W de (2002) *Medische consumptie in de huisartspraktijk op Urk.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr JW Groothoff

Hoekstra EJ (2002) *Arbeidsbemiddeling met behulp van Supported Employment als interventie bij de reïntegratie van chronisch zieken; de rol van de arbeidsbemiddelaar, chronisch zieke en werkgever.*

PROMOTORES: prof dr JW Groothoff, prof dr K Sanders, prof dr WJA van den Heuvel, prof dr D Post

Enk JG van (2002) *Determinants of use of healthcare services in childhood.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr AJP Veerman, prof dr WJA van den Heuvel

Gecková A (2002) *Inequality in health among Slovak adolescents.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr JW Groothoff

REFERENT: dr JP van Dijk

Dijk JP van (2001) *Gemeentelijk gezondheidsbeleid; omvang en doelgerichtheid.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr M Herweijer, prof dr JW Groothoff

Middel LJ (2001) *Assessment of change in clinical evaluation.*

PROMOTOR: prof dr WJA van den Heuvel

REFERENT: dr MJL de Jongste

Bijsterveld HJ (2001) *Het ouderenperspectief op thuiszorg; wensen en behoeften van ouderen ten aanzien van de thuis(zorg)situatie in Friesland.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr B Meyboom-de Jong
REFERENT: dr J Greidanus

Dijkstra GJ (2001) *De indicatiestelling voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr JW Groothoff

Dalen IV van (2001) *Second opinions in orthopaedic surgery: extent, motives, and consequences.*

PROMOTORES: prof dr JR van Horn, prof dr PP Groenewegen, prof dr JW Groothoff

Beltman H (2001) *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr AThG van Genneep

Pal TM (2001) *Humidifiers disease in synthetic fiber plants: an occupational health study.*

PROMOTORES: prof dr JGR de Monchy, prof dr D Post, prof dr JW Groothoff

Goossen WTF (2000) *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands.*

PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr ThWN Dassen, prof dr ir A Hasman

Hospers JJ (1999) *Allergy and airway hyperresponsiveness: risk factors for mortality.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr DS Postma, prof dr ST Weiss

Wijk P van der (1999) *Economics: Charon of Medicine?*

PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr L Koopmans, prof dr FFH Rutten

REFERENT: dr J Bouma

Dijkstra A (1998) *Care dependency: an assessment instrument for use in long-term care facilities.*

PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr ThWN Dassen

Tuinstra J (1998) *Health in adolescence: an empirical study of social inequality in health, health risk behaviour and decision making styles.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr WJA van den Heuvel

CO-PROMOTOR: dr JW Groothoff

Erratum

Abusievelijk zijn niet de definitieve literatuurverwijzingen in het boek opgenomen waardoor vermeldingen ontbreken of onjuist zijn. Hieronder zijn de correcties weergegeven.

Ajzen en Fishbein (1975) is Fishbein and Ajzen (1975).

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1988). Organizational applications of social cognitive theory. *Australian Journal of Management*, 13, 275-302.

Bachrach, P. & Baratz, S. (1970). *Power and poverty. Theory and practice*. New York, London, Toronto: Oxford University Press.

Bijnen, F.C.H. (1991). Zitten kan niet meer (2), bewegingsadvisering: feiten en veronderstellingen. *Hart Bulletin*, 22, 143-146.

Blair, S.N. (1994). Physical activity, fitness, and coronary heart disease. In C. Bouchard, R.J. Shephard & T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement. Champaign III: Human Kinetics*.

Boenink, M. (1987). *Van thema's naar structuren; een beschrijving en analyse van het GVO-beleid van de rijksoverheid in de volksgezondheidssector in de jaren 1962-1980*; Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep GVO.

Bracht, N.F. et al. *Community wide prevention strategies: evaluation design of the Minnesota Heart Health Program*. Division of Epidemiology, School of Public Health, University of Minnesota, Minneapolis, 1986.

Bracht (1998) is Bracht (1999).

Carleton, R.A., Lasater, T.M., Assaf, A.R., Feldman, H.A., McKinley, S. & the Pawtucket Heart Health Program Writing Group. (1995). The Pawtucket Heart Health Program: Community changes in cardiovascular disease risk factors and projected disease risk. *Am J of Public Health*, 85, 777-785.

Cox, T. (1978). *Stress*. Basingstoke/London: MacMillan.

- DGD Zuidelijk Zuid-Limburg (1990). Hart- en vaatziekten. Preventieplan eerste generatie. Maastricht.
- Ebrahim, S. (1998). Effects of the Heartbeat Wales programme. *BMJ*, 317:886.
- Grundemann, R.W.M. (1990). 'Innovative workplace action for health' in Nederland. Verslag van een onderzoek. Leiden: NIPG/TNO.
- Hagendoorn, H. (1990). GVO in een nieuw decennium. *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting*, 7, 1, 3-4.
- Hoogenveen, R.T. & Jansen, J. (1997). De bijdrage van determinanten aan de gezondheidstoestand: populatieve attributieve risico's. In: I.A.M. Maas, R. Gijsen, I.E. Lobbezoo & M.J.J.C. Poos (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. I De gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven: RIVM.
- Habicht, J.P., Victora, C.G. & Vaughan, J.P. (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 28, 10-18.
- IUHPE (1999). The evidence of health promotion effectiveness, shaping public health in a new Europe. Part I and II. International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxembourg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1995). De werking van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Rijswijk.
- Jonkers-Kuiper, L. (1988) is Jonkers e.a. (1988).
- Jas, R. (2002). Preventie is meer dan massamediaal voorlichten. *Health Management Forum*, 12, 35-6.
- Kamp, van der J. (1990). Gezonde Actie: van tegenspelers tot medespelers. Inleiding ten behoeve van het Symposium Gezonde Steden. Eindhoven: Steunpunt Netwerk Gezonde Steden.
- McGuire, W. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In: Lindsse, G. & Aronson, E. (eds). *The handbook of social psychology*. Addison-Wesley Reading: Massachusetts.
- Ministerie van WVC (1986). Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, kamerstuk 19.500, nrs. 1-2.

Mittelmark, M.B., Hunt, M.K., Heath, G.W. & Schmid, T.L. (1993). Realistic outcomes: Lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Public Health Policy*, 14(4), 437-462.

Mittelmark (1992) is Mittelmark e.a. (1993).

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1991). Advies versterking preventie eerstelijnszorg. Publicatie 6/' 92. Zoetermeer.

Oster (1993) is Osler, M. & Jespersen N.B. (1993). The effect of a community-based cardiovascular disease prevention project in a Danish municipality. *Danish Medical Bulletin*, 40, 485-9.

Ross, R. (1986). The pathogenesis of atherosclerosis - an update. *New England Journal of Medicine*, 314:488-500.

Robbins (1993) is vervallen.

Rose, G. (1981). Strategy of prevention. Lessons from cardiovascular disease. *BMJ*, 282, 1847-51.

Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International J Epidemiology*, 14, 32-38.

Rose, G. (1992). The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press.

Shea (1989) is Shea, S. & Basch, S.E. (1990).

Shortell, S.M., Zukosi, A.P., Alexander, J.A., Bazzoli, G.J., Conrad, D.A., Hasnain-Wynia, R., Sofaer, S., Chan, B.Y., Casey, E. & Margolin, F.S. (2002). Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27,49-91.

Souhami, R.L., e.a. (1994). Textbook of Medicine, Churchill Livingstone, Edinburgh.

Smail. S. & Parish, R. (1989). Heartbeat Wales--a community programme. *Practitioner*. 8;233,343-4, 346-7.

Vos, N. de (1993) is Vos, N. de (1992).

WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO (1977). World Health Assembly. Resolution 30.43 on Health for All by the year 2000. Geneva: WHO.

Literatuurverwijzingen in de tekst verwijzen ook naar Bijlage 3 'Publicaties in het kader van het project'.

Tabel 3.1 is overgenomen uit: World Health Organization (2001). Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Copenhagen: WHO.

Bij de tabel in bijlage 1 behoren naast de (in volgorde van project) genoemde referenties in paragraaf 3.3.2 onderstaande referenties:

Rossouw, J.E., Jooste, P.L., Chalton, D.O., Jordaan, E.R., Langenhoven, M.L., Jordaan, P.C.J., Steyn, M., Swanepoel, A.S.P. & Rossouw, L.J. (1993). Community-based Intervention: The Coronary Risk Factor Study (CORIS). *International Journal of Epidemiology*, 22, 428-38.

Osler, M. & Jespersen N.B. (1993). The effect of a community-based cardiovascular disease prevention project in a Danish municipality. *Danish Medical Bulletin*, 40, 485-9.

Stunkard, A.J., Felix, M.J., and Cohen, R.Y. Prevention in health psychology, Havover, PA: University Press of New England, 1985. pp. 143-190.

Gutzwiller, F., Nater, B. & Martin, J. (1985). Community-Based Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Switzerland: Methods and Results of the National Research Program (NRP 1A). *Preventive Medicine*, 14, 482-491.

Backer, de G., Kornitzer, M., Dramaix, M., Kittel, F., Thilly, C., Graffar, M. & Vuylsteek, K. (1988). The Belgian Heart Disease Prevention Project: 10-Year mortality follow-up. *European Heart Journal*, 9, 238-242.

Shelley, e.a. (1991). The Kilkenny Health Project: A Community Research and Demonstration Cardiovascular Health Programme. *International Journal of Medical Science*, 160, Suppl 9:10-6.

Rhomberg, H.P. (1991). Ten years' experience in a cardiovascular disease prevention community programme in Austria. *Cor Vasa* 33, 2, 103-106.

Brannstrom, I., Weinehall, L., Persson, L., Wester, P.O. & Wall, S. (1993). Changing Social Patterns of Risk Factors for Cardiovascular Disease in a Swedish Community Intervention Programme. *International Journal of Epidemiology*, 22, 1026-1037.